

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado
para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen
los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega
Baja"**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Dina Manrique Huanaco

ASESORA

Teresa Surca

Lima – Perú

2010

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES HACIA EL AUTOCUIDADO
PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS
NECESIDADES BÁSICAS QUE TIENEN
LOS ADULTOS MAYORES
USUARIOS DEL C. S.
“CONDE DE LA
VEGA BAJA”**

DEDICATORIA

*A mis padres, y mi hermanita,
que siempre me acompañan en
los momentos buenos y en los no
tan buenos. Por su comprensión
y apoyo durante estos años de
vida. Los quiero muchísimo.*

AGRADECIMIENTOS

A la niña de mis ojos, que a pesar de su corta edad, hay muchas cosas ciertas que menciona y que siempre me recuerda la importancia de la familia...Gracias chiquita linda, por aparecer en mi vida...Con todo el amor que se puede tener, a mi hermanita...Gracias por existir.

A mi amiga y colega, Susana Burgos, por su apoyo incondicional en la realización de esta tesis.

A mis amigos, por tolerar mis malos ratos y comprender tantas ausencias. Gracias chicos, por la amistad sincera que me ofrecen.

*A las docentes de la E.A.P. de
Enfermería de la UNMSM, en
especial a la Lic. Teresa surca,
mi asesora, por su paciencia y
orientación en la elaboración de
esta tesis.*

*Al personal que labora en el C.S.
“Conde de la Vega Baja” por las
facilidades brindadas en la
recolección de datos, así también
a los adultos mayores que
participaron en este trabajo de
investigación.*

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
RESUMEN	
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	4
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema	
B. Formulación del problema	
C. Objetivos	
D. Justificación	
E. Propósito	
F. Marco Teórico	
G. Definición operacional de Términos	
CAPÍTULO II MATERIAL Y METODO	36
A. Nivel, tipo y método	
B. Área de Estudio	
C. Población y/o Muestra	
D. Técnica e Instrumento	
E. Plan de Recolección de Datos	
F. Plan de procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	
G. Consideraciones Éticas	
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
A. Datos Generales	
B. Datos Específicos	
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	57
A. Conclusiones	
B. Recomendaciones	
C. Limitaciones	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	Pág.
1. Nivel de Conocimientos sobre el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas que tienen los Adultos mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”	43
2. Nivel de conocimientos sobre el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la Dimensión Biológica que tienen los Adultos mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”	48
3. Nivel de conocimientos sobre el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la dimensión Psicosocial que tienen los adultos mayores en el C. S. “Conde de la Vega Baja ”	50
4. Actitudes hacia el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”	52
5. Actitudes hacia el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la dimensión biológica que tienen los Adultos mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”	54
6. Actitudes hacia el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la dimensión psicosocial que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”	55

PRESENTACION

En la actualidad, la población adulta mayor se ha ido incrementando progresivamente. Según los datos estadísticos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perú, a comienzos de 1990 la población adulta mayor equivalía al 6.1% ⁽¹⁾. Según el Informe Técnico “Situación de la Niñez y del Adulto Mayor”, trimestre abril-mayo-junio 2009, elaborado por el INEI, la población de 60 y más años de edad, denominada “adultos mayores”, representa el 8,5% del total. Además se estima para el 2020, un incremento de la población adulta mayor hasta un 11% de la población total del país ⁽²⁾.

Las necesidades de salud de los adultos mayores son diferentes de las otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente generan daños mal diagnosticados o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas ⁽³⁾.

Frente a ello, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), ha planteado dentro de sus lineamientos de política del sector, atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento

activo y saludable, para lo cual ha reorientado los servicios de salud de atención integral al adulto mayor, con énfasis en las actividades preventivo-promocionales ⁽⁴⁾. De acuerdo a ello, se pretende que este grupo poblacional adopte conductas favorables para la salud, que lo hagan más saludables e independientes. En este sentido, se señala al autocuidado como concepto educativo para el desarrollo de estas conductas saludables, mediante la satisfacción de sus necesidades básicas, como la adecuada alimentación, medidas de higiene, habilidades para establecer relaciones sociales, actividad física requerida, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto ^{(5) (6)}.

La adopción del autocuidado durante la vejez armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción de la salud en términos del desarrollo de aptitudes personales, la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan al adulto mayor ejercer un mayor control sobre su salud y su microambiente y estar más capacitado para optar todo lo que contribuya con su bienestar integral ⁽⁷⁾.

Cabe mencionar, que los problemas de salud pública orientan acerca de los programas educativos a implementar en las diferentes etapas de vida, para esto se considera necesario tener información precisa acerca de los conocimientos que tienen los adultos mayores sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas y si ellos muestran predisposición para realizarlo. Así, luego se pueden implementar programas educativos, garantizando de esta forma un aprendizaje eficaz. En este contexto, cabe destacar al profesional de enfermería, por brindar cuidados holísticos a las personas en sus diferentes etapas de vida, enfatizando sus acciones en promoción de la salud y prevención de enfermedades; contribuyendo a la adquisición de conductas saludables en la población ⁽⁸⁾.

El presente estudio titulado “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja”, tiene como

objetivo general determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los adultos mayores hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, con el propósito, que las autoridades de este centro de salud, diseñen y/o desarrollen actividades preventivo-promocionales, enfatizando en los temas que presenten mayores deficiencias, contribuyendo así a un envejecimiento activo y saludable para beneficio de los propios adultos mayores y de la sociedad en la que viven.

El estudio, consta de Capítulo I: El Problema, en el cual se detalla el planteamiento, delimitación y origen del problema, la formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y método, en el que se describe el nivel, tipo y método, área de estudio, población y/o muestra, técnica e instrumentos, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

RESUMEN

El presente estudio “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las Necesidades Básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja”, tiene como objetivos generales determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las Necesidades Básicas y objetivos específicos identificar las áreas críticas de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, identificar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en las dimensiones biológica y psicosocial. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumentos una encuesta y una escala de Lickert modificada. Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Son las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio; y en la dimensión psicosocial, es alto. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia y en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación.

Palabras claves: Adulto Mayor, Autocuidado, Necesidades Básicas, Conocimientos, Actitudes.

SUMMARY

This study “level of knowledge and attitudes towards self care to the satisfaction of basic needs of older users of C.S. Conde de la Vega Baja”. It has as general objectives to determine the level of knowledge and attitudes towards self care to the satisfaction of basic needs and specific objectives identify critical areas of knowledge about self care for the satisfaction of basic needs, identify the level of knowledge and attitudes towards self care to the satisfaction of basic needs, in dimensions biological and psychosocial. Methodological design was application level, quantitative type simple descriptive method and cross-section. The sample was formed by 63 older adults. The interview was used as a technique for data collection and as a survey and a modified Lickert scale. The conclusions were: The level of knowledge that have the elderly on self care for the satisfaction of basic needs is average. Needs are related to skin care and sleep, critical areas in the knowledge that the elderly have to meet them. The level of knowledge about self care for the satisfaction of basic needs in the biological dimension is half and in the psychosocial dimension is high. The attitude towards self care for the satisfaction of basic needs, it's indifference. The attitude toward self care for the satisfaction of basic needs in the biological dimension is of indifference and the psychosocial dimension, ranges from indifference and acceptance.

Key words: Elderly, Self Care, Basic Needs, Knowledge, Attitudes.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La Organización de las Naciones Unidas-ONU a partir del año 1996, denomina a las personas mayores de 60 años, grupo poblacional “personas adultas mayores”, de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por la Asamblea General. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud-OMS considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años ⁽⁹⁾.

La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo ⁽¹⁰⁾. Esta situación se evidencia en datos estadísticos, en el periodo 1950-2000, en el que la población total del mundo creció cerca de 144%, mientras que la población de 60 y más años, aumentó aproximadamente en 281% y los de 80 y más años de edad lo hicieron en cerca de 385% ⁽¹¹⁾.

Asimismo, se señala que a comienzos del presente siglo, la población adulta mayor sumaban unos 600 millones de personas (10% de los 6 mil millones de seres humanos que hay en la tierra) y se estima que esta cantidad para el año 2025, llegará a 1.2 mil millones o 14.9% de la población mundial ⁽¹²⁾.

A nivel nacional, según el INEI, mientras que en 1990 la población adulta mayor era de 1 millón trescientos diecisiete mil personas, equivalente al 6.1% de la población total del país; en el 2005 fue de 2 millones trescientos cuatro mil (8.8% de la población total del país). Para el año 2020 las proyecciones señalan que la población adulta mayor estará en 11% de la población total del país; es decir, cerca de cuatro millones de personas ⁽¹³⁾.

Esta situación denota preocupación, porque mientras en los países desarrollados, la población de 60 años y más ha crecido durante un período prolongado; En países de América Latina, como el Perú, este crecimiento poblacional de los adultos mayores, está ocurriendo de forma muy rápida, caracterizándose por la pobreza y las inequidades sociales ⁽¹⁴⁾.

A raíz del aumento de este grupo poblacional, El Ministerio de Salud del Perú, según los lineamientos de Política del Sector 2002-2012 ha determinado que la promoción de la salud sea el primer lineamiento, que guíe sus acciones. En la aplicación de este lineamiento político, se señala a la información y educación a la población adulta mayor sobre el autocuidado de la salud. Según el modelo teórico de abordaje, el sujeto de intervención es la persona como ciudadano, que ejerce el derecho a su salud, desde el enfoque del ciclo de vida. Este enfoque reconoce las particularidades de cada grupo etáreo y su condición, permitiendo responder en forma integral frente a las necesidades y expectativas de cada segmento de la población, en este caso de las personas adultas mayores ⁽¹⁵⁾.

Diversos autores señalan al autocuidado como el medio que fomenta al máximo el que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar, satisfaciendo sus necesidades básicas. En este sentido, se señala al equipo de salud, principalmente al profesional de enfermería, juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje, mediante la divulgación de los conceptos básicos del cuidado de la salud, como la adecuada alimentación, medidas de higiene, habilidades para establecer relaciones sociales, actividad

física requerida, recreación y manejo del tiempo libre, entre otros logrando que la persona adulta mayor sea lo más autovalente ^{(16) (17)}.

Los reportes técnicos advierten que en la mayoría de los países de América latina, aún no se ha implementado un enfoque comunitario para promover la salud y el bienestar de las personas adultas mayores, y se sigue enfocando el envejecimiento y su problemática desde lo asistencial y curativo ⁽¹⁸⁾. Esto se corrobora en nuestra realidad, que a pesar de los lineamientos de Estado plasmados en un papel, en el cual se prioriza la atención primaria al adulto mayor, se da mayor énfasis a la parte asistencial, situación que se evidenció durante las prácticas comunitarias, donde se observaba que el equipo de salud, enfatizaba en sus servicios, las actividades preventivas, más no la promoción de la salud, limitando al adulto mayor como un ente pasivo, que recibe información, desperdiciando la experiencia y los conocimientos que él tiene respecto al cuidado de su salud.

Además se observaba a algunos adultos mayores, cuando se acercaban a recibir un servicio de salud, descuidado en su higiene, desaliñados, con el cabello desordenado, las uñas sucias; algunos se quedaban dormidos en la sala de espera, otros lucían adelgazados y con la piel seca. Además, algunos se les observaba cabizbajo, no dialogaban entre ellos.

Al interactuar con ellos, referían: “Srta. A veces en las noches no tengo sueño, creo que es normal, como ya soy viejo, pero a estas horas me da un sueño (10:00 a.m.)...Me da miedo bañarme seguido, de ahí me enfermo...Como todo lo que me antoja, mi vecina me ha dicho que mucha agua le hace daño, por eso, estoy tomando poquito... ¿A mi edad, se puede realizar ejercicios?..”

B. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Por lo expuesto, se ha creído conveniente realizar un estudio sobre:
¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja”?

C. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

1. Objetivos Generales

-Determinar el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja".

-Determinar las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja".

2. Objetivos Específicos

-Identificar las áreas críticas de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos usuarios del C. S. "Conde de la Vega Baja".

-Identificar el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en la dimensión biológica que tienen los adultos mayores usuarios del C. S. "Conde de la Vega Baja".

-Identificar el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en la dimensión psicosocial que tienen los adultos mayores usuarios del C. S. "Conde de la Vega Baja".

-Identificar las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en la dimensión biológica que tienen los adultos mayores usuarios del C. S. "Conde de la Vega Baja".

-Identificar las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, en la dimensión psicosocial que tienen los adultos mayores usuarios del C. S. "Conde de la Vega Baja".

D. JUSTIFICACION

Dado el crecimiento de la población adulta mayor, en el país y a nivel mundial, y teniendo en cuenta que esta situación se da un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional. Frente a ello el Ministerio de Salud del Perú, ha formulado como primer lineamiento que guíe sus acciones, a la Promoción de salud con enfoque hacia el autocuidado, de esta forma se pretende que el adulto mayor sea el protagonista principal del cuidado de su salud, lo cual asegure la satisfacción de un conjunto de necesidades básicas para la vida, así logrando alcanzar un envejecimiento activo y saludable.

Es necesario mencionar que uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud es motivar a las personas para que tengan como meta ser saludables, sepan cómo mantenerse sanas, realicen cuanto esté a su alcance, sea en forma individual o colectiva, para mantener la salud y busquen ayuda cuando sea necesario. En este planteamiento, el autocuidado se convierte en la principal estrategia para lograr dichos objetivos.

Por tal motivo, se considera necesario determinar los conocimientos y las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tiene los adultos mayores, de esta forma teniendo un escenario concreto, se puedan implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autovalente lo más posible, logrando así un envejecimiento activo y saludable.

Cabe resaltar, que prácticamente no hay ninguna faceta de la atención del adulto mayor en la que no intervenga el profesional de enfermería, por ser una profesión encargada del cuidado, enfatizando durante su formación, las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, siendo uno de los miembros del equipo interdisciplinario de salud, de mayor responsabilidad para facilitar el aprendizaje del autocuidado, para los adultos mayores.

E. PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar a las autoridades y al equipo de salud del C.S. "Conde de la Vega Baja", información actualizada y relevante sobre el nivel de conocimientos y actitudes que tienen los adultos mayores hacia el autocuidado, a fin de que se diseñen y/o desarrollen actividades preventivo-promocionales dirigidas a este grupo poblacional, favoreciendo así un envejecimiento activo y saludable.

Para ello se considera importante y necesario que se determine previamente los conocimientos que tienen los adultos mayores sobre el autocuidado, y la disposición que muestran para realizar tales actividades, y así orientar las acciones del personal de salud, principalmente el profesional de enfermería, lo cual reforzaría el nivel de atención primaria, contribuyendo a una atención integral al adulto mayor.

F. MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES

Al realizar la revisión de antecedentes, se han encontrado algunos estudios relacionados, los cuales fueron realizados en el país, así como en el extranjero. Así tenemos que:

-Lau, Norma, en Costa Rica, el 2000, realizó un estudio sobre "Significado y Práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores", cuyo objetivo fue determinar la potencialidad de la autonomía y autoresponsabilidad de las personas adultas mayores para tener vida digna, plena y saludable. El estudio fue de tipo cualitativo, método fenomenológico y como teoría de análisis el interaccionismo simbólico. Los participantes de estudio fueron 8 adultos mayores. La técnica fue la observación y entrevista. Las conclusiones entre otras fueron:

Existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen en cuanto al autocuidado. Las prácticas en la mayoría de los participantes, responde a la satisfacción de necesidades

básicas biopsicosocial, productiva, cultural, espiritual y sanitaria ⁽¹⁹⁾.

-Martínez, María y cols., en Toluca-México, el 2007 realizaron un estudio sobre “Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México”, cuyo objetivo fue identificar prácticas de autocuidado en la menopausia. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y exploratorio. La muestra fue probabilística aleatorio simple, con 354 mujeres. La técnica fue la entrevista y el instrumento utilizado un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

Se observó déficit de autocuidado principalmente en hábitos alimentarios, apreciándose sobrepeso y obesidad (27%); el ruido es el factor que interfiere con el sueño, el promedio de sueño fueron 5 a 7 horas; 40% no realiza ejercicio; 17.9% no realiza detección de cáncer cérvico uterino ⁽²⁰⁾.

-Restrepo, Sandra y cols., en Caldas-Colombia, el 2006 realizaron un estudio sobre “Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud”, cuyo objetivo fue indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo multietápico, estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional. Las conclusiones entre otras fueron:

Se identificó en la alimentación de los adultos mayores, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, tales como un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa ⁽²¹⁾.

-Rojas, Angélica, en Lima-Perú, el 2003, realizó un estudio sobre “Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del AAHH Cerro El Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho”, cuyo objetivo fue identificar y describir las prácticas de autocuidado en la dimensión biológica y psicosocial. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 mujeres que se encontraban en la edad de estudio. La técnica fue la entrevista y el

instrumento utilizado fue un formulario estructurado. Las conclusiones entre otras fueron:

Las mujeres premenopáusicas de este grupo poblacional realizan mayormente prácticas de autocuidado no saludables, destacando en la dimensión biológica el aspecto nutricional y en la dimensión psicosocial la función cognoscitiva⁽²²⁾.

-Villamil, Olga y cols., en Bogotá-Colombia, el 2005, realizaron un estudio sobre “Caracterización del autocuidado y tiempo libre del adulto mayor del barrio Juan XXIII y el Ancianato su Tercer Hogar de la localidad de chapinero”, cuyo objetivo fue describir las características de autocuidado, tiempo libre y trabajo del Adulto mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo. La población estuvo compuesta por 12 adultos mayores institucionalizados en el Ancianato su Tercer Hogar y 6 adultos mayores de l barrio Juan XXIII. La técnica fue la entrevista semiestructurada y el instrumento utilizado una encuesta. Las conclusiones entre otras fueron:

Los comportamientos de autocuidado de la salud se relacionan con las creencias, y la cultura, y una cosa son los conocimientos que tienen frente al autocuidado de la salud y el interés que muestran por el tema y otra, las prácticas, porque aunque el 100% de la población encuestada considera que es necesario cuidar de su salud, e ir al médico para hacerlo, el mayor porcentaje de la población tiene hábitos de fumar y consumir licor, así el 94% de la población fuma y el 83% toma⁽²³⁾.

-Zamarrón, Miguel y cols., en Madrid-España, el 1999 realizaron un estudio sobre la “Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes”, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo. La mues tra estuvo conformada por 507 adultos mayores que vivían en sus domicilios y 507 adultos mayores que vivían en residencias. La técnica fue la entrevista y el instrumento utilizado fue un formulario estructurado. Las conclusiones entre otras fueron:

No existe un modelo explicativo universal de la satisfacción de los mayores, pero se evidencia un patrón general en que la salud, el nivel de actividad y las relaciones sociales determinan la satisfacción con la vida en la vejez⁽²⁴⁾.

Por lo expuesto, estos trabajos, permitieron direccionar el estudio, así como orientar en la construcción de los instrumentos.

2. BASE TEORICA

A continuación se presenta la base teórica que dará sustento a los resultados.

2.1 GENERALIDADES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

En distintas épocas el proceso de envejecer ha sido denominado de diferentes formas: ancianidad, senectud, senescencia, senilidad, gerontes, abuelos, tercera edad, cuarta edad, adultos mayores, entre otros. Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, una persona mayor es quien tiene 60 años y más. En 1996 las Naciones Unidas proponen denominar a este grupo poblacional **personas adultas mayores**, con la resolución 50/141 aprobada en Asamblea General ⁽²⁵⁾.

a. Clasificación funcional del Adulto Mayor

Desde el punto de vista funcional podemos clasificar en tres grupos a las personas mayores: autovalente, frágil y postrado o terminal.

➤ **Persona adulta mayor autovalente**, es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse, y controlar la continencia; y, asimismo, realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar, planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

➤ **Persona adulta mayor frágil**, es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la

discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

➤ **Persona adulta mayor dependiente o postrada**, se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3 y el 5% de los que viven en la comunidad tienen esta condición ⁽²⁶⁾.

b. Situación Demográfica de la población Adulta Mayor

b.1 A nivel Internacional

La división de población de las Naciones Unidas indica que al iniciarse el presente siglo, la población mundial de personas adultas mayores alcanzaba aproximadamente los 600'000 000 de individuos, cifra tres veces mayor que la registrada 50 años antes. Se proyecta que para el año 2050, esta cifra se incrementará hasta alcanzar los 2000 millones de personas, lo que significa que una vez más, este sector poblacional se triplicaría en un lapso de 50 años, esta realidad ha suscitado preocupación por conocer el grado de bienestar al que tienen o tendrán acceso en el futuro las personas adultas mayores. Para los países desarrollados la inquietud principal es la incapacidad estatal frente a los cambios de su estructura productiva, para financiar políticas y programas dedicados al mantenimiento físico y material de la población adulta mayor ⁽²⁷⁾.

Así, en el caso de América Latina, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser mas rápido que presentado en los países en desarrollo y por darse en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas y de genero que, en algunos casos, se acentúan. En esta perspectiva, los países de América Latina deberán atender las demandas de una población adulta mayor que tiene un tamaño bastante cercano al de los países desarrollados, pero deberán hacerlo con recursos menores, lo que implica que en los países desarrollados la población tiende a vivir mas

años de vida saludable, mientras que América latina la población vivirá mas años pero con altas probabilidades de encontrarse en situación de discapacidad o enfermedad ⁽²⁸⁾.

b.2 A nivel Nacional

Si bien la población peruana continua siendo predominantemente joven, se viene presentando un proceso de envejecimiento que además de cambiar progresivamente el perfil demográfico nacional, esta generando nuevas demandas sociales y una constante preocupación por parte de autoridades y planificadores del desarrollo del país.

Para el año 2002 la población estimada a nivel nacional era de 26 millones 749 mil personas, de las cuales el 33.8% tiene menos de 15 años de edad, el 60% esta entre 15 y 59 años de edad, mientras que el 7.2% cuenta con 60 y mas años. Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población y a 12.6% el año 2025. En cifras absolutas, las personas de 60 y más años subirán de 1 millón 848 mil en el año 2000 a 3'613 mil en el año 2020 y, a 4 millones 470 mil en el año 2025 ⁽²⁹⁾.

Como se sabe, el envejecimiento poblacional se debe a la disminución de las tasas de fecundidad, las que descienden en el Perú desde 1970 y a ritmo más acelerado a partir de 1980. Asimismo, está determinado también por el aumento en la esperanza de vida al nacer, así en 1970 un peruano vivía hasta los 56 años, mientras que en el 2005 hasta los 71 y se espera que en el 2020 viva hasta los 74 años ⁽³⁰⁾.

2.2 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El ser humano al nacer sufre un proceso de cambios que se da a lo largo de toda su vida, este proceso es llamado envejecimiento. Según Mora Teruel (1999) es un proceso deletéreo, que acontece en todo ser vivo con el tiempo, como expresión de la interacción entre el programa genético del

individuo y su medio ambiente. Así entonces, se considera al envejecimiento y la muerte, al igual que al nacimiento y la maduración, como parte del ciclo vital normal ⁽³¹⁾.

Se afirma que el envejecimiento activo y saludable supone disfrutar de la última etapa de vida en condiciones de seguridad económica y personal, con participación activa en la vida familiar y social y con una buena percepción de la salud. Este concepto es relativamente nuevo, ya que la vejez siempre se ha visto como un estado de deterioro que precede a la muerte ⁽³²⁾.

a. Teorías sobre el Proceso de Envejecimiento

El envejecimiento se estudia a partir de las teorías biológicas, psicológicas y sociales.

a.1 Teorías biológicas del proceso de envejecimiento

Las teorías biológicas intentan explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos que determinan los cambios evolutivos, mentales, la longevidad y la muerte ⁽³³⁾.

Según Mora Teruel, las teorías que tratan de explicar el envejecimiento biológico pueden dividirse en dos grupos:

- El primero lo relaciona con un programa activo de autodestrucción, escrito en los propios genes, que sería el resultado de un programa secuencial de sucesos.

- El segundo sitúa al envejecimiento como el resultado pasivo de un deterioro general, por deterioros genéticos o daños celulares irreparables ⁽³⁴⁾.

a. 2 Teorías psicológicas y sociales del proceso de envejecimiento

Las teorías psicológicas y sociales, intentan describir y explicar la conducta del adulto mayor en relación con los demás; Proponen que el estilo de vida, la personalidad y los factores ambientales son determinantes en el proceso de envejecimiento.

-Teoría de la actividad (1969), afirma que un alto grado de participación es la clave de lograr un buen envejecimiento y autorrealización (autocuidado)⁽³⁵⁾.

-Teoría de la desvinculación (1961), hace referencia que al retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez⁽³⁶⁾. Sin embargo, esta teoría no trata la influencia del tipo de personalidad, ni explica los muchos ancianos que permanecen sumamente activos y creativos hasta la muerte, ni la insatisfacción de los que se ven forzados al retiro de sus obligaciones sociales⁽³⁷⁾.

-Teoría de la continuidad, sustenta que el envejecimiento depende de la vida del adulto mayor, su tipo de personalidad, su capacidad para adaptarse al estrés y de que su medio social siga siendo estable con el paso de los años⁽³⁸⁾.

Estas teorías que han estudiado el proceso del envejecimiento, coinciden en reconocer que son el estilo de vida y el medio ambiente los que determinan en gran medida un buen envejecimiento, por lo que se puede decir que es la propia persona la gran responsable de construir un envejecimiento saludable.

2.3 PROMOCIÓN Y AUTOCUIDADO EN LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud declara que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Armonizando con esta nueva concepción de salud, Ebersole y Hess definen que, para la persona de edad avanzada, “bienestar es el balance entre sus entornos internos y externos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales-culturales y físicos, que le permitan estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria”.

a. Promoción de la Salud en la Población Adulta Mayor

En la declaración de Alma Ata (Mongolia) la OMS reitera que *“La salud es un derecho fundamental”*. Establece la responsabilidad del Estado y señala que la atención primaria es la estrategia para alcanzar esa meta. Asimismo, en la Carta de Ottawa, emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1986, señala que:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control de la misma y que para alcanzar el estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Jake Epp sintetiza que la promoción de la salud se consigue a través de tres mecanismos:

- Autocuidado, decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.
- Ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras.
- Entornos sanos o creación de las condiciones que favorecen la salud.

Por ello, se puede considerar que la promoción de la salud es la mejor alternativa para crear un futuro saludable, y en ese sentido el *Autocuidado* como concepto educativo es la estrategia de elección para lograrlo ⁽³⁹⁾.

b. Autocuidado en la Salud del Adulto Mayor

Según Coppard, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales ⁽⁴⁰⁾.

Dorothea Orem, en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como “La práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Además, señala que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí misma en el ámbito donde se desenvuelve, y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparan y capacitan para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo ⁽⁴¹⁾. De acuerdo con esta autora, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.

Las dos concepciones mencionadas sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, la disminución de factores de riesgo y la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud, y la rehabilitación ⁽⁴²⁾.

Ambos autores comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado. Además, vale recalcar que se reconoce al autocuidado como elemento que promueve el desarrollo humano integral, propiciando la independencia expresada en el protagonismo real de las personas de su propio destino en los distintos espacios de su vida ⁽⁴³⁾.

b.1 Importancia del Autocuidado en la salud del adulto mayor

Se ha demostrado que los programas de autocuidado han conseguido en los adultos mayores:

- Mantener la capacidad funcional (biopsicosocial) del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades.
- Disminuir las limitaciones de diversas enfermedades.
- Mejorar la interacción entre las personas mayores y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la difusión de información ⁽⁴⁴⁾.

b.2 El Autocuidado y su relación con la Satisfacción de las Necesidades básicas

Se entiende al autocuidado, como función reguladora del hombre, diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y del desarrollo humano. Por consiguiente, el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos, ya sea en etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo específicas, así como factores del entorno ⁽⁴⁵⁾.

La primera vez que aparece la noción de necesidades humanas básicas, fue en el seminario internacional “Declaración de Cocoyoc”, realizado en 1974 en México. Entendiéndose a necesidad humana en el sentido de desarrollo de los seres humanos y no en el sentido de desarrollo de bienes materiales. Abraham Maslow, quizá el teórico de necesidades más renombrado, lo define como una fuerza motivadora generada por un estado de carencia, que busca la consecución de necesidades de forma creciente y jerarquizada ⁽⁴⁶⁾.

Ambos conceptos, expresan el desarrollo del ser humano para lograr su propio bienestar, así satisfaciendo las necesidades humanas se está realizando su propio autocuidado.

b.3 Autocuidado en la dimensión biológica

b.3.1 Cuidado de la piel y anexos en el Adulto Mayor

La piel es donde mejor se observa el pasar de los años, en ella se suma el envejecimiento biológico y el fotoenvejecimiento, que puede ser evitable. Este envejecimiento son todos los cambios que se dan desde que nacemos; El paso del tiempo y las agresiones a los que está expuesta van desequilibrando lentamente a la piel, influyendo de forma decisiva en este proceso: las enfermedades, medicamentos, ansiedad, fatiga, contaminación ambiental, inclemencias climatológicas y los hábitos de vida. La degeneración del tejido conjuntivo (dermis), responsable de la

firmeza y tersura de la piel, se va acelerando conforme avanza la edad. Este proceso conocido como elastosis cutánea, produce atonía y distensión de la dermis. Por otro lado, la disminución de la retención hídrica en la sustancia fundamental origina una pérdida de volumen. También se nota una pérdida de firmeza. Puesto que las posibilidades de la cosmética frente al envejecimiento de la piel son limitadas, el mejor tratamiento para combatir la flacidez es adoptar cuanto antes las medidas de prevención adecuadas para combatir la deshidratación y degeneración del tejido cutáneo ⁽⁴⁷⁾.

Medidas de Autocuidado de la Piel y Anexos

- Higiene correcta diaria con agua tibia. Utilizando jabones inodoros, de pH neutro como los de avena, glicerina, ya que quitan menos la grasa de la piel. El baño completo puede ser 2 o 3 veces por semana de ducha preferentemente.
- Secado correcto de la piel, sobre todo a nivel de los pliegues cutáneos, para evitar las maceraciones y aparición de infecciones.
- Llevar las manos siempre limpias. Puede aplicarse crema para suavizarlas e impedir escoriaciones o lesiones. Cortar y mantener las uñas limpias, las de los pies se cortarán en forma recta.
- El adulto mayor debe afeitarse con cuidado todos los días; y después es preferible aplicarse crema hidratante, porque el alcohol o la colonia resecan la piel.
- Usar ropa cómoda, de acuerdo a la estación y a los gustos y necesidades. Preferentemente usar ropa de lana, lino o algodón, especialmente las prendas interiores, evitando las de fibras sintéticas por ser causa a menudo de lesiones dérmicas por sensibilidad alérgica; así mismo, evite prendas rugosas. Puede usar ropa con botones fáciles de maniobrar, de ser necesario se reemplazará los botones por cremalleras y las camisetas preferentemente serán con abertura adelantada. El cambio de ropa debe ser diario o por lo menos tres veces a la semana y lavar la ropa de vestir y de cama con detergente suave.

- Se debe realizar un examen médico de la piel cada año. Si se descubre pronto, la mayor parte de las lesiones cutáneas son curables y no representan una amenaza para la vida.
- Consumir una dieta equilibrada que incluya alimentos ricos en frutas y vegetales (sus tallos y hojas) que contienen vitaminas, porque mantienen la piel y el cabello saludable e integro.
- Evitar o disminuir la ingesta de alcohol y cigarrillos.
- Aplicar crema de alto poder protector solar (factor de 15 o más), llevar sombrero de ala ancha o gorro con visera frontal, gafas de sol oscuro de protección ultravioleta y ropas de algodón que cubran el cuerpo, o usar sombrilla si se expone al sol entre las 10 a.m. y las 15 horas. No tomar baños de sol ⁽⁴⁸⁾.

b.3.2 Cuidado Nutricional en el Adulto Mayor

Según las personas van realizando sus actividades diarias, ya sean jugar, trabajar o descansar, o incluso dormir, sus organismos requieren energía. La nutrición es una de las necesidades humanas básicas que suministran esta energía y mantiene la vida. Una nutrición adecuada se considera la base fundamental de la promoción de salud y la prevención de las enfermedades durante toda la vida ⁽⁴⁹⁾.

La nutrición es importante en los ancianos, más aún si la mayoría de ellos tiene por lo menos una enfermedad, además de los cambios propios del envejecimiento ⁽⁵⁰⁾.

En el país, no se conoce con exactitud la magnitud de la población adulta mayor que padece de malnutrición; sin embargo la malnutrición proteico energética y deficiencia de micronutrientes es un problema frecuente en el adulto mayor y representan un problema de salud pública ⁽⁵¹⁾.

Medidas de Autocuidado Nutricional

Es difícil formular recomendaciones nutricionales para los adultos mayores porque es un grupo heterogéneo, por lo que se debe considerar

sus características individuales, así como: el peso, los procesos patológicos, antecedentes, pobreza, actividad física, patrones culturales, etc. Existen datos fiables, extraíbles directamente de estudios con personas mayores acerca del aspecto nutricional ⁽⁵²⁾, de los cuales se derivan recomendaciones generales para adultos mayores sanos, que les permita desarrollar convenientemente sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio.

La composición de una dieta equilibrada debe ser.

-Beber unos ocho vasos de agua al día (siempre que no esté contraindicado).

-Consumo de grasas, se prefieren a las grasas vegetales y el pescado.

Por lo cual se recomienda:

- ❖ Utilizar si es posible aceite de oliva para cocinar, ya que contiene sustancias antioxidantes como la vitamina E y grasas polisaturadas.

- ❖ Evitar el consumo de mantequilla y margarina.

- ❖ El consumo de colesterol no debe pasar los 300mg por día, que es lo que contiene una yema de huevo (no debe comerse mas de dos yemas de huevo por semana).

-Consumo de proteínas, los alimentos de alto valor biológico son: pescado, leche y quesos. Se recomienda:

- ❖ Consumir pescados antes que otro tipo de carne. Se debe preferir carnes blancas (pescado, pollo, pavo) reduciendo el consumo de carnes rojas a un máximo de dos veces por semana y mínimo por lo menos una vez.

- ❖ Consumir productos lácteos descremados, quesos, leche, yogurt ; Estos alimentos contienen proteínas, vitaminas y calcio, y deben ser consumidos diariamente.

-Consumo de hidratos de carbono (azúcares). Es necesaria una menor ingesta de energía para prevenir la obesidad. Se recomienda:

- ❖ Reducir el consumo de azúcar refinada o sustituirla por miel de abeja, chancaca o miel de caña.

- ❖ Tomar los cereales en el desayuno (avena, quinua, quiwicha), o al mediodía, ayudan a prevenir el estreñimiento.

- Consumo de vitaminas y minerales

- ❖ Consumir todos los días frutas, verduras, vegetales, cereales y productos lácteos para asegurar un adecuado aporte de vitaminas A, B, C, D, E y ácido fólico. Las frutas deben ser consumidas horas antes o después de las comidas principales.

- ❖ Consumir productos lácteos, de ser posible a diario. Si es intolerante a la leche, sustituir con yogurt natural o dos tajadas de queso fresco pasteurizado (30gr c/u).

- ❖ Cocinar comidas bajo en sal (las enfermedades relacionadas por alto consumo de sal, como la hipertensión y los problemas renales).

- Controlar el peso periódicamente.

- Restringir el consumo de alimentos enlatados (por su alta cantidad de sal adicional y azúcar).

Es importante indicar que la determinación exacta de la ingesta de alimentos de un individuo o de un grupo de individuos es extremadamente difícil. En personas no institucionalizadas la única manera de medir con absoluta exactitud la ingesta es por observación directa y pasaje de alimentos. Indudablemente este método es difícil de usar por la necesidad de personal y el alto costo involucrado. Un método preferido en los estudios epidemiológicos, es el cuestionario de frecuencia de consumo, que da una indicación de la dieta promedio en un periodo de tiempo relativamente largo, y consiste en obtener, con base en una lista de alimentos, la frecuencia con la cual estos alimentos se consumen. Aunque la disminución de la capacidad de memorizar podría ser un problema en el uso de éste método en el anciano, especialmente a corto plazo, no existe una evidencia clara de que la memoria a largo plazo de los tipos de alimentos ingeridos sea afectada por la edad ⁽⁵³⁾.

b.3.3 Cuidado del Sueño en el Adulto Mayor

El sueño es una necesidad humana básica y fundamental para el bienestar de toda persona ⁽⁵⁴⁾. Es un periodo de inconciencia relativa, parece ser el momento en que el organismo se repara y recupera. Las funciones generalmente aceptadas del sueño son las denominadas de recuperación e integración ⁽⁵⁵⁾.

El sueño, ocupa casi la tercera parte de la vida de una persona, y su patrón sufre variaciones considerables a medida que la persona crece y madura. La necesidad de sueño debe cubrirse a intervalos regulares para preservar el bienestar mental y físico, existe una amplia variación en la duración del sueño y no existe un estándar universal que especifique el número de horas de sueño que requiere cada persona ⁽⁵⁶⁾. Sin embargo, se señala que las personas adultas mayores normalmente duermen entre 6 o 7 horas ⁽⁵⁷⁾.

En los adultos mayores, el sueño es un tema importante para la salud, y el sueño alterado o insuficiente es una de las quejas más frecuentes que encuentran los profesionales sanitarios que atienden a los adultos mayores ⁽⁵⁸⁾.

En el proceso de envejecimiento existen factores que pueden influir en el sueño directa o indirectamente. Las influencias directas afectan el sistema nervioso y los mecanismos fisiológico ritmo circadiano (relacionados con la continuidad, duración y profundidad del sueño que ocurren en la persona sana. Entre los factores indirectos pueden considerarse: la jubilación, la soledad, ansiedad, depresión, estrés, falta de ejercicios, la inmovilización y las enfermedades crónicas.

Al envejecer, las fases de sueño profundo son menores y el adulto mayor despierta con mayor frecuencia. No obstante, el tiempo se reduce solo ligeramente con respecto al de las personas más jóvenes. Sin embargo, es importante mencionar que numerosos estudios han demostrado

cambios relacionados con la edad, con la continuidad, duración y profundidad del sueño. Entre los principales cambios, se tienen:

- Disminución en la cantidad y duración del sueño debido a los constantes despertares.

- Las siestas diurnas aumentan.

- Aumento de la cantidad del sueño ligero y una disminución de la cantidad del sueño profundo, fácilmente se despiertan por ruidos y aumentan los despertares nocturnos.

Dentro de sus repercusiones, la privación del sueño puede provocar varios síntomas y enfermedades, con pérdida de la memoria a corto plazo, reducción de la capacidad de atención, concentración, disminución de la coordinación motora, y de la capacidad de adaptación, irritabilidad, fatiga, intranquilidad, desorientación, confusión, depresión, apatía y somnolencia⁽⁵⁹⁾. Como se puede observar, a pesar de los cambios en el patrón y estructura del sueño en el anciano, es anormal la presencia de insomnio y excesivo adormecimiento diurno, fenómenos que con anterioridad se aceptaban como algo inherente al envejecimiento⁽⁶⁰⁾.

Medidas de autocuidado para favorecer el Sueño Adecuado

- Levantarse y acostarse todos los días a la misma hora, aun durante los feriados y fines de semana y de acuerdo a una rutina preestablecida, sin alterar salvo circunstancias muy necesarias.

- Eliminar las siestas diurnas excesivas a menos que estén indicadas. Si hace siesta que no sea más de 30 minutos.

- Evitar en lo posible el estrés y emociones fuertes.

- Realizar ejercicios, pero no cerca de la hora de dormir. El ejercicio físico moderado y regular puede aumentar el flujo cerebral y, por ello, puede favorecer el sueño al ayudar a restaurar ritmos corporales normales.

- Realizar técnicas de relajación, así como respiratorias,

- Pasar un tiempo fuera de la casa para aumentar la exposición a la luz del sol, aproximadamente 30 minutos. El sol es el mejor estabilizador de los ritmos circadianos.

-Consumir una dieta liviana por las noches. Las comidas abundantes, especialmente por las noches, pueden conducir a una interrupción del sueño.

-Evitar el consumo de estimulantes, como alcohol, tabaco, cafeína cerca de la hora de acostarse.

-Disminuir la ingesta de líquidos después de la cena y micciones antes de ir a dormir, para ayudar a disminuir la interrupción del sueño provocada por la necesidad de orinar.

-Ingerir una bebida caliente (leche, manzanilla) si se despierta en las noches, esto ayuda a volver a dormir. La disminución de la glicemia durante la noche puede provocar despertares con la sensación de hambre.

-Condicionar un ambiente adecuado para dormir: tranquilo, cómodo, fresco con temperatura agradable, sin ruido, limpio, ventilado, etc.

-Evitar el uso de medicamentos para dormir sin indicación médica. Puede utilizar infusiones de cedrón, manzanilla y tilo, consumir manzanas ⁽⁶¹⁾.

b.3.4 Actividad Física en el Adulto Mayor

La actividad física es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida. La actividad física puede reducir el riesgo de discapacidad mediante varios mecanismos: la prevención de algunas enfermedades crónicas, la reducción del impacto funcional de las enfermedades ya presentes y el retraso de los deterioros funcionales y fisiológicos que obedecen al propio envejecimiento ⁽⁶²⁾. Asimismo, es importante señalar que muchos de estos beneficios requieren que la participación sea regular y continua, y que esos beneficios pueden revertirse rápidamente si se retorna a la inactividad ⁽⁶³⁾.

En las encuestas OPS-SABE se ha recolectado información sobre la frecuencia de la actividad física en las poblaciones de Santiago, Buenos Aires y Montevideo. Estos datos, revelan que entre un 25 y 45% de los encuestados afirman que pasean, caminan o hacen algún tipo de ejercicio ligero o moderado en sus ratos de ocio ⁽⁶⁴⁾.

Así también, se ha visto que muchas personas tienen un modo de vida físicamente activo sin necesidad de participar en programas de ejercicios formales. Mediante las actividades de la vida cotidiana, como trabajar, ir de compras, cocinar y limpiar, se puede mantener un nivel adecuado de actividad, aun sin un grado alto de ejercicio aeróbico ⁽⁶⁵⁾.

El 4to. Congreso Internacional en Pro del Envejecimiento Sano, que se realizó en Alemania, se establecieron las directrices de Heidelberg para promover la actividad física entre los adultos mayores. En estas directrices, la actividad física se define operacionalmente como todos los movimientos de la vida cotidiana, como trabajo, actividades diarias, recreación, ejercicio y actividades deportivas.

La actividad física trae muchos beneficios, como:

- El entrenamiento de resistencia puede ejercer un efecto significativo y contribuir a mantener la independencia en la vejez.
- La actividad regular ayuda a prevenir o retrasar la pérdida del equilibrio y la coordinación relacionada con la edad, que es un factor de riesgo importante de caídas.
- Mejorías cognitivas. La actividad física regular puede ayudar a retrasar los deterioros relacionados con la edad en la velocidad de procesamiento del sistema nervioso central y mejorar el tiempo de reacción.
- Mejor integración. Los individuos regularmente activos tienen menos posibilidades de apartarse de la sociedad y más probabilidades de contribuir activamente al medio social.
- Formación de nuevas amistades.
- Mejor actividad intergeneracional. En muchas sociedades, la actividad física se comparte, lo que brinda oportunidades para el contacto entre las generaciones y, así, disminuye las percepciones estereotipadas sobre el envejecimiento y las personas mayores.

- Menores costos sociales y de salud. La inactividad física y la vida sedentaria contribuyen a disminuir la independencia y adelantar el comienzo de muchas enfermedades crónicas.
- Promoción de una imagen positiva y activa de las personas mayores.

Los beneficios positivos pueden lograrse con ejercicios suaves. El hecho de realizar una actividad física ligera o moderada durante al menos 30 minutos al día beneficiará al funcionamiento físico del anciano, especialmente en los que nunca han realizado ejercicio de forma regular. Se ha visto, que los ejercicios aeróbicos de bajo impacto tienen éxito a la hora de mejorar el estado físico de los adultos mayores sedentarios ⁽⁶⁶⁾.

Medidas de Autocuidado para promover la actividad física

El ejercicio es útil para los músculos y las articulaciones, para la atención y concentración y por la sensación de bienestar que puede proporcionar. Puede realizarse flexiones y extensiones de las extremidades y del tronco, y evitar la tendencia a encorvarse. Para mover los brazos con amplitud puede tomar un bastón con las manos y moverlo con los brazos extendidos hacia arriba y abajo, de derecha a izquierda; también puede jugar o recibir y arrojar una pelota. Si esta de pie, es conveniente para las piernas realizar flexiones apoyándose en un mueble firme; si esta sentado, extenderlas y levantarlas, y llevarlas de derecha a izquierda, tal vez con un peso en el pie ⁽⁶⁷⁾.

Con solo 30 a 60 minutos de trabajo moderado la mayor parte de la semana, se mejora la salud y condición de la persona adulta mayor. La actividad física se puede realizar en segmentos de 10 minutos, de tal manera que sumen entre 30 y 60 minutos cada día. Se debe realizar actividad física que implique actividades de resistencia, flexibilidad, fuerza y equilibrio ⁽⁶⁸⁾.

b.4 Autocuidado en la dimensión psico-social

En el Perú se está intentado implementar un programa nacional de atención integral al adulto mayor, que implique no sólo la atención en

salud, sino que también integre aspectos psico-sociales, ya que muchas veces una enfermedad no sólo es indicador del mal funcionamiento de un órgano, sino que es reflejo de condicionantes socio -afectivos adversos en el universo del adulto mayor ⁽⁶⁹⁾.

b.4.1 Actividades de Ocio

Las personas que participan en actividades en su tiempo libre tienen un menor riesgo de demencia y se mantienen en mejor estado funcional. La participación habitual en ciertas actividades, tales como viajar, hacer trabajos manuales, cuidar el jardín, leer y practicar juegos de mesa, se asocia con un menor riesgo de demencia. Según los datos arrojados por las encuestas OPS-Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE), los ancianos suelen dedicar tiempo de ocio principalmente a actividades sedentarias: televisión, labores domesticas y juegos de mesa. Alrededor de un tercio de los adultos mayores (encuesta OPS -SABE) hacen trabajos manuales durante su tiempo de ocio. Si se tiene en cuenta la elevada proporción que dice no tener ingresos suficientes, se puede comprender porque son limitadas las posibilidades de utilizar el tiempo de ocio fuera del hogar. Aun así, la participación en aprendizajes que requieran buena función cognitiva puede servir para mantener integras las facultades mentales ⁽⁷⁰⁾.

b.4.2 Relación del Adulto mayor con su familia y su entorno

El envejecimiento es un proceso complejo en el que influyen diversos factores. La forma como las personas envejecen es afectada por la calidad de sus relaciones de pareja, de sus relaciones familiares, así como su entorno en forma general. Cuando se ha experimentado grandes problemas en este aspecto, o cuando sobrevienen problemas económicos o de salud, este periodo de la vida puede ser difícil ⁽⁷¹⁾.

El ideal es que las relaciones que se den entre el adulto mayor y su entorno social sean de intercambio, es decir, que éste no sea sólo receptor de beneficios, sino también que los otorgue. Es altamente

calificado por los adultos mayores la ayuda que ellos pueden darle a los demás, lo que repercute positivamente en el aumento de su autoestima. En la familia, además de la retribución de afecto, el adulto mayor puede prestar servicios significativos. Sin transformarse en hacedor de mandados, puede asumir bajo su responsabilidad funciones de la vida cotidiana, tales como: supervisión de trabajos de reparación doméstica, disposición para realizar el traslado de netos, pago de cuentas, cuidado eventual de los nietos, entre otras ⁽⁷²⁾.

Actualmente, se hace hincapié en que los adultos mayores sigan contribuyendo a su comunidad, manteniéndose lo más activos que puedan, trabajando como voluntarios o adoptando un interés nuevo. A su vez, el entorno del adulto mayor, como la comunidad, se pueden beneficiar de la sabiduría y las experiencias de vida de los adultos mayores, incluyéndolos en eventos de la comunidad, funciones sociales y otras actividades ⁽⁷³⁾.

b.5 Enfermería promoviendo el Autocuidado en la Salud del Adulto Mayor

El envejecimiento es un fenómeno normal dentro del ciclo vital que abarca todos los aspectos de la vida, no se limita a una sola disciplina. La atención óptima del anciano sólo se logra mediante un esfuerzo interdisciplinario ⁽⁷⁴⁾.

Cabe resaltar que prácticamente no hay ninguna faceta para la atención del adulto mayor en la que no intervenga el profesional de enfermería, ya que la totalidad de sus principios básicos se manifiestan en la geriatría: el autocuidado, la prevención, la promoción de la salud y el vasto ambiente de investigación de la enfermería geriátrica y gerontológica ⁽⁷⁵⁾.

El profesional de enfermería es, dentro del equipo de salud, el que cumple la función más integral respecto al adulto mayor, lo asesora, evalúa su medio domiciliario, controla los medicamentos, evalúa su

limitación funcional, analiza los contactos con los organismos comunitarios, con familiares y vecinos, valora el potencial de accidentes, el grado de soledad, etc.; Ayudando de esta forma, al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder ⁽⁷⁶⁾.

Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que el adulto mayor adopte comportamientos favorables para la conservación de la salud, lo que implica preparar a los adultos mayores, intelectual y emocionalmente, para que adopten una actitud y conducta favorables; y esto es posible a través de un diálogo educativo. Por ello, responsabilidad del facilitador, en este caso, el profesional de enfermería, es crear las condiciones para que ocurra este diálogo educativo, a fin de que se cumpla la tarea de ayudar a la persona para que se estimule todas sus potencialidades y ser capaz de asumir la responsabilidad de su propia existencia ⁽⁷⁷⁾.

Por lo cual, se afirma que el profesional de la salud, requiere:

- Evitar que sus intervenciones sean 'amenazantes' o 'coercitivas' para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos.
- Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.
- Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la

salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un 'regreso' a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas.

-Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias ⁽⁷⁸⁾.

2.4. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

a. Generalidades sobre Conocimientos

Dentro del campo de la cognición, el conocimiento es el almacenamiento de información, de experiencias, de habilidades y creencias que posee el adulto mayor de manera individual. Conocimiento, se asume así como una proposición idiosincrásica que refleja la historia propia del adulto mayor ⁽⁷⁹⁾.

Las principales características del conocimiento, se refiere al cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambio de conducta son relativamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso ⁽⁸⁰⁾. Esto implica, que el adulto mayor debe estar en continuo proceso de aprendizaje acerca del cuidado de su salud.

Los conocimientos determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud. Por tal razón, se considera a los conocimientos como un factor interno, propio de la persona que va a ser un determinante del autocuidado ⁽⁸¹⁾.

b. Generalidades sobre Actitudes

Las actitudes son predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia y que consisten en una respuesta hacia determinados objetos, personas o grupos ⁽⁸²⁾.

Los componentes de las actitudes son: Cognitivo, afectivo y conativo-conductual. El componente cognitivo, consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él. El componente afectivo, se manifiesta en sentimientos y emociones, hacia un determinado hecho, ya sea a favor o en contra, y el componente Conativo-conductual, incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él ⁽⁸³⁾.

Según Calenzani, la tendencia de las actitudes, puede ser descrita de manera completa por medio de dos propiedades, la dirección de la actitud (positiva o negativa) y el grado del sentimiento (por la intensidad) esperado.

Dirección: Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto es decir puede ser positiva si la tendencia al acercamiento hacia el objeto al cual tienen determinada actitud, mientras que el negativo se refiere a la predisposición a evitar el objeto. Intensidad: Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud determina el grado de intensidad con que reacciona frente al objeto de las actitudes es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable o desfavorable). Es preciso señalar que la dirección y la intensidad entrañan al componente afectivo ⁽⁸⁴⁾.

Las técnicas más elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtienen información sobre las dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas de actitudes distinguen entre la aceptación, la indiferencia o el rechazo hacia el objeto. Refiriéndose a las actitudes de aceptación y rechazo. Antonio Pinilla, explica: una actitud de aceptación, consiste en estar de acuerdo con lo

que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto, generalmente esta unido con los sentimientos de apoyo, ayuda y comprensión. Mientras que una actitud de rechazo, es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y la frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante, y la actitud de indiferencia es un sentido de apatía, el sujeto no muestra aceptación, ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento ⁽⁸⁵⁾.

Las actitudes pueden medirse, mediante: La escala de Lickert, que contiene una lista de afirmaciones o actitudes y pide al individuo que responda en un continuo que va desde “estoy completamente de acuerdo” hasta “estoy completamente en desacuerdo”. Otra forma de medir actitudes es mediante la técnica de diferencial semántico, que se centra en el significado de una palabra o concepto que tiene para un individuo, pidiéndole que valore el concepto en términos de bipolaridad ⁽⁸⁶⁾.

Al igual que los conocimientos las actitudes son consideradas un factor determinante para el autocuidado, ya que es el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación ⁽⁸⁷⁾.

G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión. Así tenemos:

-Conocimientos sobre el Autocuidado

Información que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de sus necesidades básicas.

-Actitudes hacia el Autocuidado

Predisposición de aceptación, indiferencia o rechazo que tiene el adulto mayor para autocuidarse en la satisfacción de sus necesidades básicas.

-Adulto mayor.

Persona de sexo masculino o femenino de 60 años a más.

-Autocuidado

Actividades que realiza el adulto mayor para satisfacer sus necesidades básicas.

-Necesidades básicas

Son estados de carencia relacionadas con el cuidado de la piel, de la nutrición, del sueño, de la actividad física, del uso del tiempo libre y de las relaciones sociales, que requieren ser satisfechas, para lograr el bienestar y desarrollo de las personas.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y METODO

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, de corte transversal, porque no existe continuidad en el eje del tiempo.

B. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en las salas de espera del C.S. “Conde de la Vega Baja”, perteneciente a la DISA V-Lima Ciudad, ubicado en el distrito de Cercado de Lima, en Jr. Conde de la Vega Baja N° 488. Es un Centro de Salud de primer nivel de atención.

El C.S. “Conde de la Vega Baja” ofrece sus servicios en las distintas etapas de vida del ser humano, por lo cual ha subdividido sus servicios de salud, en Etapa de Vida Niño, Etapa de Vida de Adulto, así como Etapa de Vida del Adulto Mayor. La etapa de vida del adulto mayor del C.S. “Conde de la Vega Baja” se implementó en el 2004, es un espacio para la promoción de salud y prevención de enfermedades. Cabe mencionar, que una de las responsables de esta etapa de vida, es la enfermera, teniendo como funciones esenciales el fomento del autocuidado, así como la orientación y consejería en los estilos de vida saludable. Asimismo, es necesario indicar

que el profesional de enfermería, no es exclusivo de esta etapa de vida, sino también tiene otras estrategias a su cargo.

El horario de atención del Centro de Salud “Conde de la Vega Baja” es de lunes a viernes de 8:00am hasta las 7:00pm y los sábados de 8:00am a las 2:00pm.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de este estudio estuvo conformada por los adultos mayores, usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”, en función a la estimación cuantitativa del servicio de triaje, se obtuvo un promedio de 15 adultos mayores por mes, considerando la atención por primera vez, resultando 180 adultos mayores que se atienden en el año.

Para el cálculo de la muestra, se utilizó la fórmula estadística de proporciones para población finita con un nivel de confianza del 95% y error relativo de 0.1 (ANEXO B), obteniéndose una muestra de 63 adultos mayores, quienes fueron seleccionados, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

-Dentro de los Criterios de inclusión:

- ❖ Personas de 60 años a más que asistan a los servicios que ofrece el C.S. “Conde de la Vega Baja”.
- ❖ Persona de 60 años a más que al momento de la encuesta, se encuentre lucido y orientado en espacio, tiempo y persona.
- ❖ Personas de 60 años a más que acepten participar en el estudio.

-Criterios de exclusión:

- ❖ Persona de 60 años a más, que a la aplicación de la escala de Pfeiffer presente deterioro cognitivo patológico.

D. TECNICA E INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista estructurada y como instrumentos una encuesta para establecer el nivel de conocimientos y una escala de Lickert modificada para determinar las actitudes, cuya estructura consideró: Introducción, datos generales y datos específicos o contenido propiamente dicho (ANEXO C).

Los instrumentos fueron sometidos a validez de contenido mediante el juicio de expertos (8), constituido por profesionales de salud, con experiencia en trabajos con poblaciones de adultos mayores; para lo cual se consideró 2 profesionales médicos que laboran en el área de geriatría, 1 profesional psicólogo, 1 profesional de enfermería en el área de geriatría, 2 profesionales de enfermería en el área de investigación y 2 profesionales de enfermería en el área comunitaria, quienes brindaron sus recomendaciones para los reajustes necesarios del instrumento. Los resultados de los jueces expertos fueron procesados en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial, encontrándose un valor de 0.032 (ANEXO D).

Posteriormente se efectuó la prueba piloto para determinar la confiabilidad de los instrumentos, a 10 adultos mayores que pertenecen a la jurisdicción del C.S. "Nueva Esperanza". Para la validez estadística interna de cada ítem de los instrumentos, se realizó la prueba de ítem test mediante el coeficiente R de Pearson (ANEXO LL); y para la confiabilidad estadística de la encuesta se aplicó la prueba de Kuder Richardson, obteniéndose una confiabilidad de 0.65 para el instrumento (ANEXO M), mientras que para la escala de lickert, se utilizó la prueba de alfa de crombach, teniendo como resultado un 86% de confiabilidad (ANEXO N).

Además de los instrumentos mencionados, se utilizó la escala de Pfeiffer, por ser uno de los criterios de exclusión aquellos adultos mayores que presenten deterioro cognitivo patológico. El test de Pfeiffer permite la detección de deterioro cognitivo, es de aplicación muy rápida, valora 4

parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Está validado internacionalmente (ANEXO E).

E. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Para la implementación del estudio, se realizó los trámites administrativos, a través de un oficio remitido por la Escuela Académico Profesional de Enfermería, al Médico Jefe del C.S. “Conde de la Vega Baja”, con la finalidad de obtener las facilidades y la autorización respectiva.

La recolección se realizó durante el mes de enero de lunes a sábado de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los adultos mayores fueron captados en el servicio de triaje, se les aplicó la escala de Pfeiffer, según el puntaje obtenido se les aplicaba los instrumentos; El tiempo estimado para la aplicación de los instrumentos, fue de aproximadamente 20 minutos.

F. PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados en forma manual y a partir de ellos, se elaboró la Tabla Matriz (ANEXOS O Y P).

Para la medición de la variable Nivel de Conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, se asignó a la respuesta correcta 1 y respuesta incorrecta 0. Una vez tabulados los datos se establecieron los valores a la variable, mediante la escala de stanones siendo así (ANEXO G):

Nivel de Conocimiento Bajo	0 - 10 puntos
Nivel de Conocimiento Medio	11- 14 puntos
Nivel de Conocimiento Alto	15- 18 puntos

Valores para el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, según dimensión biológica (ANEXO H), siendo así:

Nivel de Conocimiento Bajo	0 - 8 puntos
Nivel de Conocimiento Medio	9 - 11 puntos
Nivel de Conocimiento Alto	12 - 15 puntos

Valores para el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, según dimensión psicosocial (ANEXO I), siendo así:

Nivel de Conocimiento Bajo	0 - 1.7 puntos
Nivel de Conocimiento Medio	1.8 - 2 puntos
Nivel de Conocimiento Alto	3 puntos

Para la medición de la variable actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas se consideró la proposición positiva de 3 a 1 y la proposición negativa de 1 a 3. Asimismo se utilizó escala de stanones, obteniendo las siguientes categorías (ANEXO J):

Actitud de Rechazo	16 - 37 puntos
Actitud de Indiferencia	38 - 43 puntos
Actitud de Aceptación	44 - 48 puntos

Valores para las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, según dimensión biológica (ANEXO K), siendo así:

Actitud de Rechazo	11 - 26 puntos
Actitud de indiferencia	27 - 30 puntos
Actitud de Aceptación	31 - 33 puntos

Valores para las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, según dimensión psicosocial (ANEXO L), siendo así:

Actitud de Rechazo	5 - 10 puntos
Actitud de indiferencia	11 - 14 puntos
Actitud de Aceptación	15 puntos

Después de calificados los datos, se procedió a presentar los resultados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del estudio se realizó las gestiones administrativas correspondientes con las autoridades del Centro de Salud para contar con la autorización respectiva.

A los adultos mayores que participaron se les solicitó su consentimiento informado para aplicarles los instrumentos; se les brindó información acerca de la finalidad del estudio, los objetivos, el método a aplicar, el tiempo estimado para la aplicación de los instrumentos. Asimismo, se les explicó que podrían retirarse en cualquier momento que lo deseen, sin que por ello se resulten perjudicados; se respetó la autonomía, la confidencialidad (ANEXO Z).

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de la recolección de datos, éstos fueron procesados organizándose los resultados en gráficos y tablas, a fin de realizar su análisis e interpretación.

A. DATOS GENERALES

Respecto a los datos generales, lo que se refiere a rango de edades según sexo (ANEXO Q), se aprecia que de los 63 (100%) adultos mayores entrevistados, 33 (52%) son de sexo femenino, mientras que 30 (48%) de sexo masculino, siendo el rango de edad más alto, las edades de 71 -80 años con 25 (40%) adultos mayores. Según estos resultados, la proporción de adultos mayores de sexo masculino y femenino son casi similares.

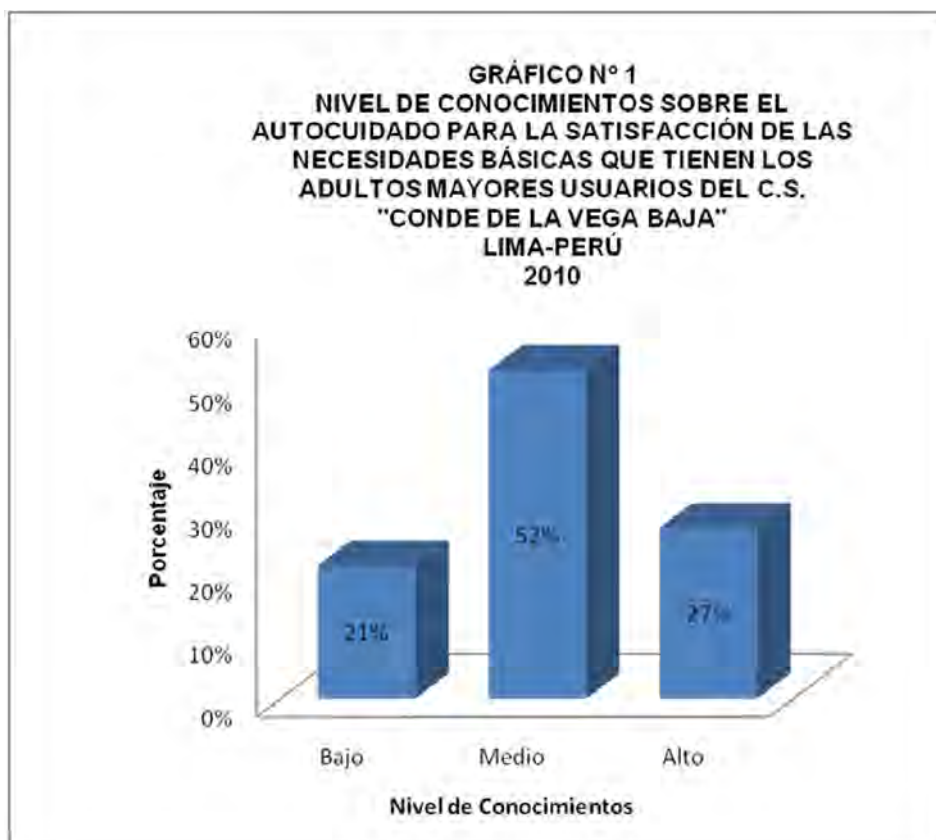
En relación al grado de instrucción de los 63 (100%) adultos mayores entrevistados, 33 (52%) tienen educación primaria, 14 (22%) educación secundaria, 9 (14%) presentan estudios superiores y 7 (11%) no tienen grado de instrucción (ANEXO R). Estos resultados indican un bajo nivel de educación alcanzado, lo que podría limitar en el aprendizaje de los conocimientos sobre el autocuidado.

Otro ítem considerado fue la situación familiar, en la cual se indagó con quiénes convive el adulto mayor. Obteniéndose, que de los 63 (100%) adultos mayores, 31 (49%) viven con su familia, 12 (19%) sólo con su cónyuge, 9 (14%) solo pero tiene a sus hijos que viven cerca (en la misma jurisdicción),

11(17%) viven solos y sus hijos en otros distritos (ANEXO S). Estos datos hallados muestran que la mayoría de los adultos mayores viven con miembros de su familia, quienes pueden brindarle los cuidados y la ayuda que puedan requerir, así como también en la influencia de las actitudes y conocimientos que pueden adquirir.

B. DATOS ESPECIFICOS

1. Nivel de Conocimientos sobre el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas que tienen los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja"



Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. "Conde de la Vega Baja". 2010

En el gráfico N°1, se puede observar que la mayoría de los adultos mayores entrevistados tienen un nivel de conocimiento "medio", representado por el 52% (33). Asimismo es importante resaltar que existe cierta similitud

entre los niveles de conocimiento bajo y alto, existiendo una diferencia de 6% entre ambos, pero teniendo un mayor porcentaje el nivel de conocimiento alto.

Los conocimientos que tienen los adultos mayores sobre el autocuidado, es el almacenamiento de información, experiencias, habilidades y creencias que se han forjado a lo largo de su vida, que después de un proceso de enseñanza y aprendizaje por el profesional de salud, va a determinar en gran medida la adopción de prácticas saludables para satisfacer sus necesidades y de esta forma mantenerse sanos.

Los adultos mayores que presentan nivel de conocimiento medio y alto están garantizando una mejor calidad de vida y promoviendo un envejecimiento activo y saludable, teniendo en cuenta que los conocimientos son un factor interno de la persona que determina la práctica hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, que no sólo beneficiaría a los propios adultos mayores, sino también a la sociedad.

Por lo expuesto, se puede afirmar que el nivel de conocimiento de la mayoría de los adultos mayores es medio, lo cual favorece un envejecimiento activo y saludable. Pero es importante, mencionar que un nivel de conocimiento medio indica ciertas deficiencias, que de no ser resueltas, limitaría al adulto mayor para alcanzar un envejecimiento saludable.

Además cabe señalar que existe un grupo de adultos mayores (21%) que presentan nivel de conocimiento bajo, esto denota preocupación porque implica que el adulto mayor no está empoderado con los conocimientos necesarios sobre determinadas áreas del autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, lo cual lo colocaría en una situación de riesgo, disminuyendo su calidad de vida.

A continuación, se muestra el cuadro N° 1, donde se observa los indicadores que fueron tomados en cuenta para determinar el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas.

CUADRO N° 1
CONOCIMIENTOS SOBRE EL AUTOCUIDADO PARA
LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES
BÁSICAS QUE TIENEN LOS ADULTOS
MAYORES USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA-PERÚ
2010

Conocimientos	Total		Conoce		Desconoce	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuidado de la Piel y anexos	63	100	33	52	30	48
Cuidado Nutricional	63	100	44	70	19	30
Actividad Física	63	100	51	81	12	19
Cuidado del Sueño	63	100	40	63	23	37
Tiempo libre	63	100	53	84	10	16
Relaciones sociales	63	100	48	76	15	24

Según el cuadro N° 1, el indicador que el adulto mayor mostró mayor deficiencia fueron los conocimientos sobre el cuidado de la piel y anexos, donde el 48% (30) manifestaron desconocer los momentos del uso de protectores solares, así como la forma de cortarse las uñas de los pies y la frecuencia del baño. Durante las entrevistas realizadas, fue muy común escuchar a los adultos mayores frases como: “¿Las uñas de los pies?, se corta de cualquier forma...no creo que varíe...” “¿Bañarse?...pero de sucio no voy a morir, a lo que si me baño con mucha frecuencia, me puede dar neumonía...Una vez a la semana, está bien” “Debe ser importante usar gorritas, pero en lo personal, eso sólo se usa para ir a las playas, es que ahí hace mucho sol...” Cabe indicar, que el cuidado de la piel y anexos obtuvo el menor puntaje en comparación a los otros indicadores.

Otro indicador del nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, fue el cuidado del sueño, el cual se aprecia que el 37% (23) desconoce. El cuidado del sueño implica las horas que un adulto mayor debe dormir durante la noche, así como la duración de una siesta y la importancia de un adecuado sueño. Durante estas preguntas efectuadas, la mayoría de los adultos mayores conocía acerca de la importancia del sueño en el organismo, y las horas promedio de sueño durante la noche, pero manifestaban: “Claro, srta. Yo sé que en promedio debo dormir durante 8 horas, pero la verdad, hay veces duermo 4 horas, no me da sueño...” Agregaban además “Una siesta, ah eso sí debe durar 2 horitas, para que el cuerpo se recupere...”

Lo que se refiere al cuidado nutricional, se observa que el 70% (44) adultos mayores, conocen los cuidados nutricionales. Los aspectos que conocen están relacionados con la frecuencia con la que se deben consumir el agua, así como determinados alimentos durante esta etapa de vida, ya sea el consumo de productos lácteos, frutas y verduras, carnes blancas y carnes rojas.

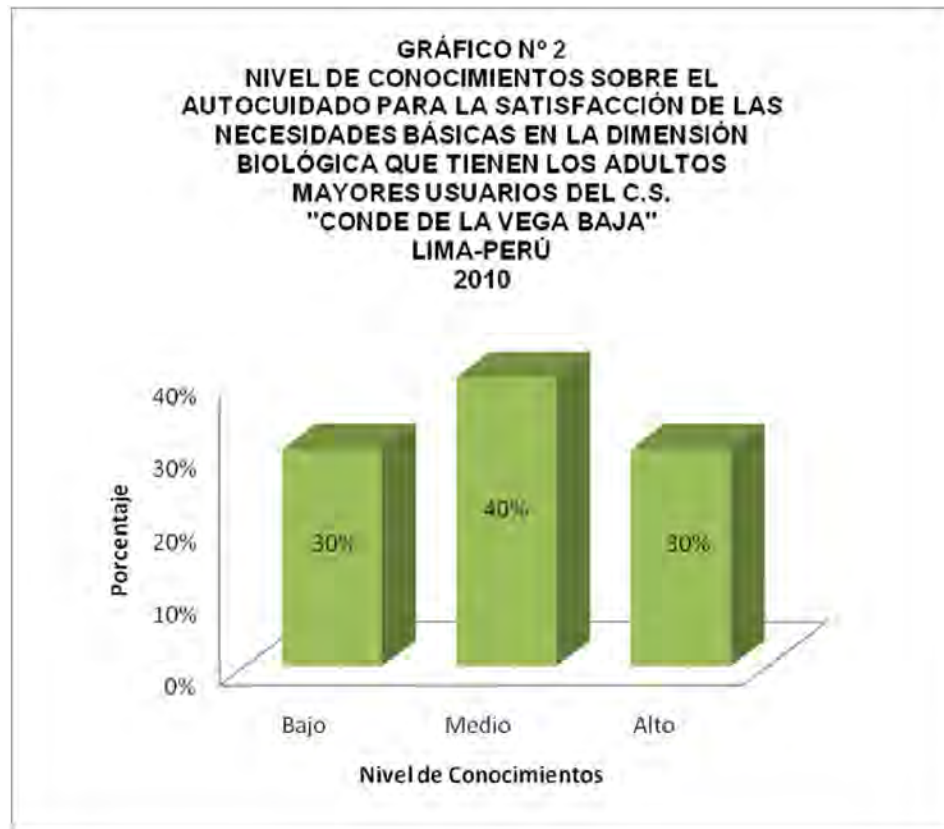
Respecto a las relaciones sociales, un 76% (48) de adultos mayores conoce sobre la importancia de participar en grupos y/o asociaciones. Durante las entrevistas realizadas, los adultos mayores referían: "Srta...Es importante que un adulto mayor salga a pasear, converse...porque sino de ahí vienen los problemas, se deprimen..."

En el indicador de la actividad física, se observa que un 81% (51) de adultos mayores conoce sobre la importancia y la frecuencia de la actividad física que debe realizar como mínimo. Ellos referían: "Cuando uno no se mueve, los huesos también se desgastan, empiezan los dolores, por eso siempre salgo a caminar mis 10 minutos, de pasada me distraigo..."

El indicador que obtuvo el mayor porcentaje fue el uso del tiempo libre, ya que el 84% (53) de adultos mayores refirió que durante este tiempo que disponía podía realizar manualidades, así como aprender otras actividades que durante sus anteriores etapas de vida no pudo aprender. Tales actividades son importantes porque mantiene al adulto mayor activo, con lo cual se mantendrá en mejor estado funcional y garantizará un envejecimiento saludable.

Según lo expuesto, se puede afirmar que la mayoría de los adultos mayores mostraron desconocimiento en el cuidado de la piel y anexos, así como el cuidado del sueño. Por lo cual, se debería reforzar estos temas, ya que son áreas críticas para lograr un envejecimiento saludable.

a. Nivel de Conocimientos sobre el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la Dimensión Biológica que tienen los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja"



Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. "Conde de la Vega Baja". 2010

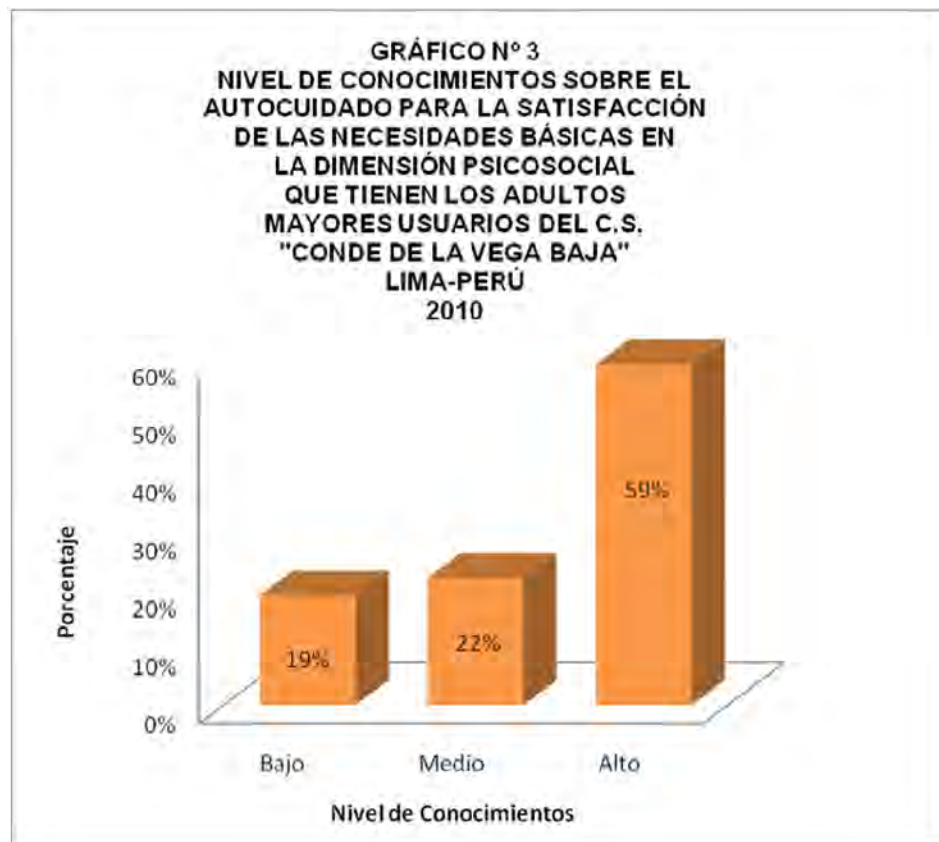
Como se puede apreciar en el gráfico N° 2, existe un predominio de nivel de conocimiento medio, con un 40% (25) de adultos mayores. Además, se observa que los niveles de conocimiento bajo y alto tienen los mismos porcentajes.

Los conocimientos que el adulto mayor debe tener sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, se refiere a los cuidados que toda persona adulta mayor debe poseer en relación a los cambios biológicos propios del envejecimiento. En el presente estudio, se consideró en los cambios biológicos importantes que se dan, el cuidado de la piel, cuidado nutricional, cuidado del sueño y la actividad física.

Como se pudo observar en el Cuadro N° 1, de los cuidados mencionados que pertenecen a la dimensión biológica, los adultos mayores mostraron mayores deficiencias en los conocimientos sobre el cuidado de la piel y anexos y el cuidado del sueño. Así también, mostraron conocer más sobre el cuidado nutricional y la actividad física.

Los resultados hallados denotan preocupación, ya que si bien es cierto predomina el nivel de conocimiento medio, la diferencia entre los niveles de conocimiento medio y bajo, son menor al 10%, lo que significa que un buen grupo de adultos mayores, no tiene los conocimientos necesarios para cuidarse, y necesitan ser capacitados en forma permanente, y en ambientes adecuados, para que puedan aspirar a un envejecimiento saludable y por ende mejorar su calidad de vida. Siendo por consiguiente de suma importancia el rol educativo del profesional de salud, como la enfermera, en respuesta a las deficiencias de conocimientos que presentan los adultos mayores.

b. Nivel de Conocimientos sobre el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la Dimensión Psicosocial que tienen los Adultos Mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”



Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja”. 2010

En el gráfico N° 3, se observa que la mayoría de los adultos mayores tienen un nivel de conocimiento alto, teniendo incluso una diferencia mayor al 30% del nivel de conocimiento bajo.

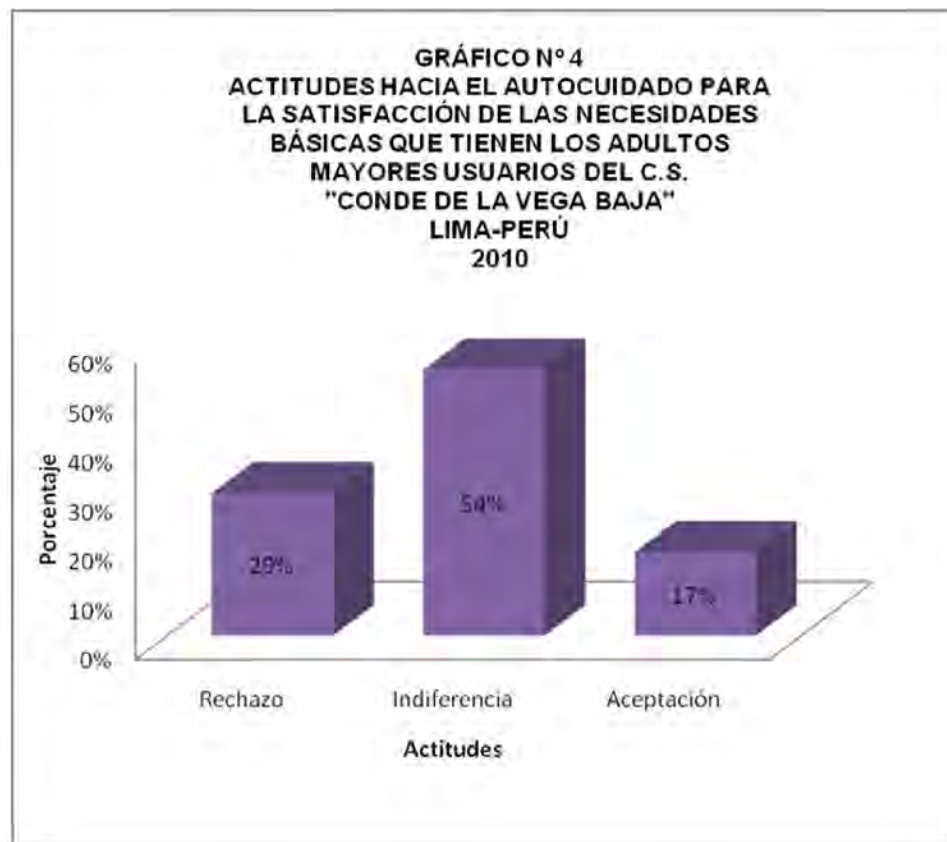
El conocimiento referente al aspecto psicosocial en el adulto mayor es de vital importancia ya que durante esta etapa, la sociedad impone una ideología del “viejismo”, identificándolo con el retiro forzado del trabajo. Las personas mayores dejan su vida activa disponiendo de tiempo, que algunos adultos mayores no saben que actividades realizar, asumiendo una actitud de

resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, y contribuyendo a su aislamiento social, disminuyendo su calidad de vida.

Por lo cual es necesario, que el adulto mayor conozca acerca de las actividades que puede desarrollar durante su tiempo libre, así también la importancia de las relaciones sociales, ya que se ha comprobado que personas adultas mayores que participan en actividades en su tiempo como viajar, hacer trabajos manuales, cuidar el jardín, leer y practicar juegos de mesa, se asocia con un menor riesgo de demencia y se mantienen en mejor estado funcional.

En el presente estudio, lo que respecta al nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión psicosocial, se indagó acerca de las actividades de ocio que puede realizar el adulto mayor, así como la importancia de participar en grupos y/o asociaciones. Según los datos hallados, se puede decir que el adulto mayor conoce en su gran mayoría, la importancia de estas actividades para su desarrollo.

2. Actitudes hacia el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas que tienen los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja"



Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. "Conde de la Vega Baja". 2010

En el grafico N° 4, se puede observar que el 54% (34) de adultos mayores entrevistados muestran una actitud de indiferencia, asimismo es importante resaltar que la actitud de rechazo presenta mayor porcentaje en comparación a la actitud de aceptación.

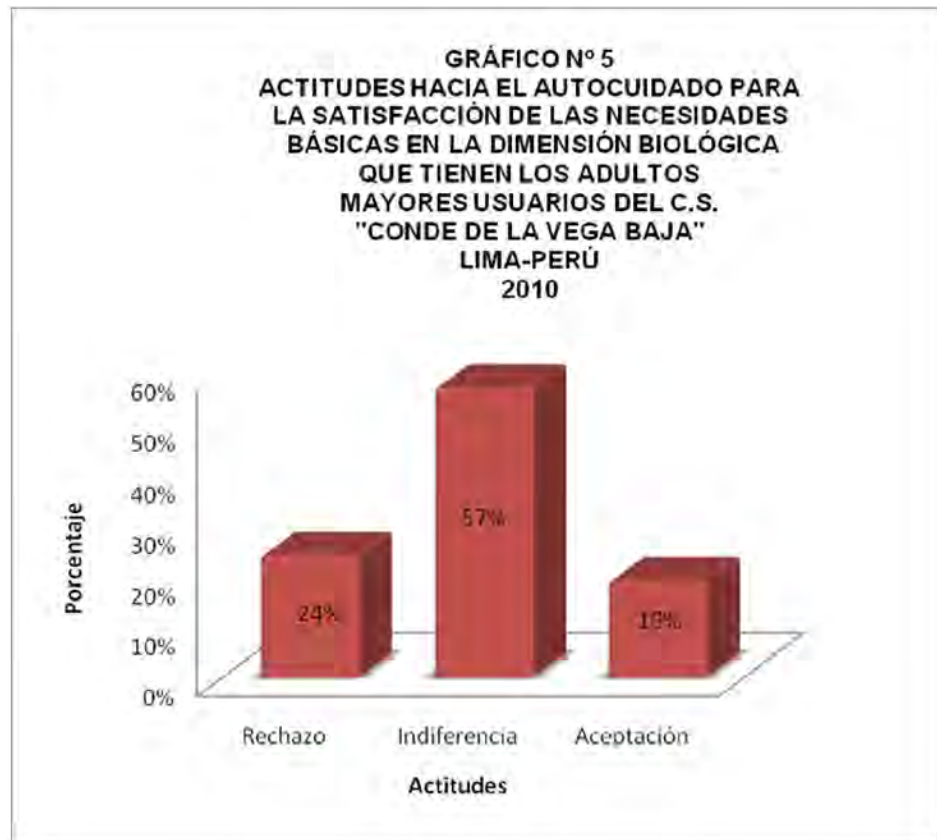
Según la literatura revisada, las actitudes son predisposiciones aprendidas que ejercen una influencia y la respuesta hacia determinados objetos, personas o grupos. Lo cual implica, que es importante tener los conocimientos pero también la actitud de aceptación, que consiste en estar de acuerdo con lo que se pretende realizar. Mientras la actitud de indiferencia, indica sentido de apatía, el sujeto no muestra aceptación, ni rechazo al objeto,

prevalece el desinterés, la rutina. Y en la actitud de rechazo, se presenta el recelo, la desconfianza y el alejamiento hacia el objeto.

En los resultados, se observa que la gran mayoría de los adultos mayores presenta actitud de indeferencia hacia el autocuidado, lo que refleja el desinterés en los temas de autocuidado. Esto es preocupante, ya que el adulto mayor puede conocer, pero sino está dispuesto a practicarlo, y sólo lo ve de forma rutinaria, estaría evidenciando un limitante para lograr un envejecimiento activo y saludable. Además sólo un 17% (11) presentan actitud de aceptación hacia el autocuidado.

Por lo tanto, se puede afirmar que la mayoría de adultos mayores muestran una actitud de indeferencia, y que las capacitaciones y/o programas de salud deben estar orientados al adulto mayor no sólo con abundantes conocimientos sobre determinados temas, sino también incentivarlo a que aprenda, no por rutina, sino que signifique algo provechoso para él, y que así va a mejorar su calidad de vida.

a. Actitudes hacia el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la Dimensión Biológica que tienen los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja"



Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. "Conde de la Vega Baja". 2010

Del gráfico N° 5, se desprende que la mayoría de adultos mayores muestra una actitud de indiferencia, además se muestra una actitud de aceptación con un porcentaje de 19%.

Las actitudes son consideradas un factor determinante para el autocuidado, ya que es el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Las actitudes están relacionadas con los valores, los principios y la motivación.

Según estos resultados, la mayoría de los adultos mayores no se encuentran motivados, no están convencidos de la importancia del autocuidado para su salud, en lo que respecta al baño diario y/o interdiario, al consumo diario de frutas y verduras, la práctica regular de actividad física, así como algunos de ellos muestran una actitud favorable hacia el consumo de medicamentos para dormir sin evaluación médica, siendo este último algo negativo para el estado de su salud. Y por lo tal son más vulnerables a disminuir su calidad de vida.

b. Actitudes hacia el Autocuidado para la Satisfacción de las Necesidades Básicas en la Dimensión Psicosocial que tienen los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja"



Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. "C onde de la Vega Baja". .2010

En el gráfico N° 6, se observa que el 57% (36) de los adultos mayores muestran una actitud de indiferencia, seguido de un 25 % (16) que muestran una actitud de aceptación.

Se debe tener en cuenta, que muchas veces una enfermedad no sólo es indicador del mal funcionamiento de un órgano, sino que es reflejo de condicionantes socio-afectivos adversos en el universo del adulto mayor. Por tal razón, se da importancia a que el adulto mayor no sólo conozca acerca de los beneficios de las relaciones sociales así como las actividades que puede realizar durante su tiempo libre, sino que también se encuentre predispuesto a efectuar dichas actividades.

Las actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en el aspecto psicosocial implicó las necesidades como el uso del tiempo libre, la salida con los amigos y las relaciones sociales que estaba constituida por las actitudes hacia la participación en grupos y/o asociaciones, interacción con amigos y/o vecinos, y participación en reuniones familiares.

Según estos resultados, se evidencia una actitud que fluctúa entre indiferencia y aceptación, siendo la actitud de aceptación, una predisposición positiva para lograr un envejecimiento saludable.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó, luego de realizado el presente estudio fueron los siguientes:

- El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio.
- Las necesidades básicas relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño, representan áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas.
- El nivel de conocimiento del adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio.
- El nivel de conocimiento del adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión psicosocial, es alto.
- La actitud del adulto mayor hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia.

- La actitud del adulto mayor hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia.
- La actitud del adulto mayor hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación.

B. LIMITACIONES

- Los resultados obtenidos sólo son generalizables para poblaciones con características similares.

C. RECOMENDACIONES

- Que el personal de enfermería diseñe y/o implemente programas dirigidos al autocuidado como factor protector en la salud del adulto mayor.
- Realizar estudios cualitativos relacionados al tema de investigación, que facilite la identificación de los motivos que influyen en los adultos mayores, a adoptar actitud de indiferencia hacia el autocuidado para satisfacer sus necesidades básicas.
- Realizar otros estudios similares en distintos lugares, para conocer distintas realidades.
- Explorar con mayor profundidad la variable actitud hacia el autocuidado, de ser posible con técnicas cualitativas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

(1) (13) (30) (69) Spitzer, Heidi. Situación Actual del Adulto Mayor en el P aís. Arequipa: Editorial Asociación Adulto Feliz; 2006.

(2) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de Prensa Set. 2009, no.110-04 [citado 2010 Marzo 02]. Disponible en:
<http://www1.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/8686.pdf>

(3) (9) (11) (15) (29) (51) Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Editorial sinco editores; 2006.

(4) (10) (14) (27) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006.Marco nacional e internacional. Lima: Editorial Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2004.

(5) (8) (17) (40) (43) (45) (60) (75) Organización Mundial de la Salud. La Atención de los Ancianos. Washington, D.C. Publicación Científica nº 546; 1994.

(6) (16) (78) (81) (86) Tobón, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Rev. Col. [revista en internet]. 2008 may [citado 2009 marzo 15]. Disponible en:
<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%20085.pdf>

(7) (26) (32) (39) (42) (44) (48) (53) (61) (65) (77) Leitón, Zoila. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Lima: Editorial OMS; 2005.

(12) (28) (64) (70) Engler, Tomás. Más Vale por Viejo. Lecciones de Longevidad de un Estudio en el Cono sur. Washington: Editorial Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.

(18) (25) (73) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Políticas saludables para adultos mayores en los municipios. Lima: Editorial Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2004.

(19) Lau, Norma. Significado y Práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores. Costa rica; 2000.

(20) Martínez, María y cols. Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca. Rev. Méx. Enf. [revista en internet]. 2008 mar [citado 2009 Agosto 04]; 12(1): 63-7. Disponible en: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/12artigo08.pdf.

(21) Restrepo, Sandra y cols. Los Hábitos Alimentarios en el Adulto Mayor y su Relación con los Procesos Protectores y Deteriorantes en Salud. Rev. Chil. Nutr. [revista en internet]. 2006 dic [citado 2009 marzo 07]; 33(3): 500-510. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s07177518200600500006&lng=es.

(22) Rojas, Angélica. Prácticas de Autocuidado que realizan las Mujeres Premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro El Sauce Alto del Distrito de San Juan de Lurigancho. [Tesis para optar el Grado de Licenciada]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

(23) Villamil, Olga y cols. Caracterización del autocuidado y tiempo libre del adulto mayor del barrio Juan XXIII y el Ancianato su Tercer Hogar de la localidad de chapinero. Redalyc. [revista en internet]. 2005 dic [citado 2009 marzo 15]; 007. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/304/30400706.pdf>.

(24) Zamarrón, Miguel y cols. Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. Rev. Esp. de Ger. (Madrid) 2000; 35 (2): 17-28.

(31) (34) (63) López, José. Fisiología del Ejercicio. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.

(33) (35) (37) Rodríguez, José. Geriatria. México D.F.: Editorial Mc Graw -Hill Interamericana; 2000.

(36) (38) (58) (76) Simón, Ángela. Enfermería Gerontológica. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.

(41) Marriner, Ann y Cols. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Editorial Harcourt Brace S.A; 2000.

(46) Puig, Montserrat. Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedés. [Tesis para optar el Grado de Doctora]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009.

(47) Tirado, Jorge. Cuidados de la piel del Anciano. Rev. Dermatología Peruana Vol 18; 2008.

(49) (52) (62) (66) (68) Organización Mundial de la Salud. Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales en los adultos mayores. Washington, D.C. Editorial OMS; 2004.

(50) (54) Larouse. LAROUSE de los mayores. Barcelona: Editorial SPES; 2002.

(55) Amado, Pedro. Introducción a la Gerontología medica. Lima: Editorial Industria grafica avanzada S.R.L.; 2003.

(56) Kane, Robert. Geriatría clínica. México D.F.: Editorial Mc Graw -Hill Interamericana; 2001.

(57) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado en las personas adultas mayores. Cartilla nº 9. Lima: editorial ministerio de la mujer y desarrollo social; 2008.

(59) (67) Ministerio de Salud de Chile. Manual de autocuidado. Santiago de Chile. [revista en internet] [citado 2009 marzo 05. Disponible en: http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_autocuidado.pdf

(71) Forttes, Alicia. Gerontología. El buen envejecer. Santiago de Chile; 2002.

(72) Belart, ascensión. El ciclo de la vida una Visión Sistémica de la Familia. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.; 1998.

(74) Smeltzer, Suzanne y Cols. Enfermería Medicoquirúrgica. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2005.

(79) León, José. Adquisición de Conocimiento y Comprensión. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.A.; 2004.

(80) ADUNI. Enciclopedia de Psicología. Lima: Editorial Lumbrreras, S.A.; 2006.

(82) Alava, Cesar. Psicología de las emociones y actitudes. Lima : Editorial San Marcos; 2000.

(83) (85) Papelia, Diane. Psicología. México D.F.: Editorial Mc Graw -Hill Interamericana; 1997.

(84) Linogrin, Henry. Introducción a la Psicología Social. México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1984.

BIBLIOGRAFÍA

ADUNI. Enciclopedia de Psicología. Lima: Editoria l Lumbreras, S.A.; 2006.

Alava, Cesar. Psicología de las emociones y actitudes. Lima : Editorial San Marcos; 2000.

Amado, Pedro. Introducción a la Gerontología medica. Lima: Editorial Industria grafica avanzada S.R.L.; 2003.

Belart, ascensión. El ciclo de la vida una Visión Sistémica de la Familia. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.; 1998.

Engler, Tomás. Más Vale por Viejo. Lecciones de Longevidad de un Estudio en el Cono sur. Washington: Editorial Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.

Forttes, Alicia. Gerontología. El buen envejecer. Santiago de Chile; 2002.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Nota de Prensa Set. 2009, no. 110-04 [citado 2010 Marzo 02]. Disponible en: <http://www1.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/8686.pdf> .

Kane, Robert. Geriatria clínica. México D.F.: Editorial Mc Graw -Hill Interamericana; 2001.

Larouse. LAROUSE de los mayores. Barcelona: Editorial SPES; 2002.

Lau, Norma. Significado y Práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores. Costa rica; 2000.

Leitón, Zoila. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Lima : Editorial OMS; 2005.

León, José. Adquisición de Conocimiento y Comprensión. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.A.; 2004.

Linogrin, Henry. Introducción a la Psicología Social. México D.F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1984.

López, José. Fisiología del Ejercicio. Madrid: Editorial Panamericana; 2006.

Marriner, Ann y Cols. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Editorial Harcourt Brace S.A; 2000.

Martínez, María y cols. Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca. Rev. Méx. Enf. [revista en internet]. 2008 mar [citado 2009 Agosto 04]; 12(1): 63-7. Disponible en: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/12artigo08.pdf.

Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Lima: Editorial sinco editores; 2006.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado en las personas adultas mayores. Cartilla nº 9. Lima: editorial ministerio de la mujer y desarrollo social; 2008.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Políticas saludables para adultos mayores en los municipios. Lima: Editorial Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2004.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006. Marco nacional e internacional. Lima: Editorial Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2004.

Ministerio de Salud de Chile. Manual de autocuidado. Santiago de Chile. [revista en internet] [Citado 2009 marzo 05. Disponible en: http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_autocuidado.pdf

Organización Mundial de la Salud. La Atención de los Ancianos. Washington, D.C. Publicación Científica n° 546; 1994.

Organización Mundial de la Salud. Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales en los adultos mayores. Washington, D.C. Editorial OMS; 2004.

Organización Panamericana de Salud. Salud Bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y El Caribe. Washington, D.C.: Editorial Organización Panamericana de Salud; 2001.

Papelia, Diane. Psicología. México D.F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1997.

Puig, Montserrat. Cuidados y Calidad de Vida en Vilafranca del Penedés. [Tesis para optar el Grado de Doctora]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009.

Restrepo, Sandra y cols. Los Hábitos Alimentarios en el Adulto Mayor y su Relación con los Procesos Protectores y Deteriorantes en Salud. Rev. Chil. Nutr. [revista en internet]. 2006 dic [citado 2009 marzo 07]; 33(3): 500-510. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s071775182006000500006&lng=es.

Rodríguez, José. Geriatria. México D.F.: Editorial Mc Graw -Hill Interamericana; 2000.

Rojas, Angélica. Prácticas de Autocuidado que realizan las Mujeres Premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro El Sauce Alto del Distrito de San Juan de Lurigancho. [Tesis para optar el Grado de Licenciada]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

Simón, Ángela. Enfermería Gerontológica. México D.F.: Editorial Mc Graw -Hill Interamericana; 1996.

Smeltzer, Suzanne y Cols. Enfermería Medicoquirúrgica . México D.F.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2005.

Spitzer, Heidi. Situación Actual del Adulto Mayor en el País. Arequipa: Editorial Asociación Adulto Feliz; 2006.

Tirado, Jorge. Cuidados de la piel del Anciano. Rev. Dermatología Peruana Vol 18; 2008.

Tobón, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Rev. Col. [revista en internet]. 2008 may [citado 2009 marzo 15]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2008_5.pdf.

Villamil, Olga y cols. Caracterización del autocuidado y tiempo libre del adulto mayor del barrio Juan XXIII y el Ancianato su Tercer Hogar de la localidad de chapinero. Redalyc. [revista en internet]. 2005 dic [citado 2009 marzo 15]; 007. Disponible en : <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/304/30400706.pdf>.

Zamarrón, Miguel y cols. Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes. Rev. Esp. de Ger. (Madrid) 2000; 35 (2): 17-28.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de variables.....	I
B. Cálculo del tamaño de la muestra.....	VI
C. Instrumento.....	VII
D. Escala de Calificación.....	XII
E. Escala de Pfeiffer.....	XIII
F. Tabla de concordancia – Prueba Binomial.....	XIV
G. Medición de la variable nivel de conocimientos sobre el autocuidado que tienen los adultos mayores.....	XV
H. Medición de la variable nivel de conocimientos sobre el autocuidado según dimensión biológica.....	XVI
I. Medición de la variable nivel de conocimientos sobre el autocuidado según dimensión psicosocial.....	XVII
J. Medición de la variable actitudes hacia el autocuidado que tienen los adultos mayores.....	XVIII
K. Medición de la variable actitudes hacia el autocuidado en la dimensión biológica.....	XIX
L. Medición de la variable actitudes hacia el autocuidado en la dimensión psicosocial.....	XX
LL. Determinación de la validez de los instrumentos.....	XXI
M. Determinación de la confiabilidad del instrumento de nivel de conocimientos sobre el autocuidado.....	XXII
N. Determinación de la confiabilidad del instrumento de actitudes hacia el autocuidado.....	XXIII
O. Tabla Matriz de datos-Nivel de conocimientos.....	XXIV
P. Tabla Matriz de datos-Actitudes.....	XXVII
Q. Rango de edades según sexo de los adultos mayores en el C.S. “Conde de la Vega Baja”.....	XXX

R.	Grado de instrucción de los adultos mayores en el C.S. “Conde de la Vega Baja”.....	XXXI
S.	Situación familiar de los adultos mayores usuarios del C.S. “conde de la Vega Baja”.....	XXXII
T.	Nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas	XXXIII
U.	Nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas según dimensión biológica.....	XXXIV
V.	Nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas según dimensión psicosocial.....	XXXV
W.	Actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas.....	XXXVI
X.	Actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas según dimensión biológica.....	XXXVII
Y.	Actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas según dimensión psicosocial.....	XXXVIII
Z.	Consentimiento informado	XXXIX

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

[illegible]

			-Cuidado Nutricional -Cuidado del sueño -Actividad Física -Tiempo libre	-Frecuencia de consumo de pescado y/o aves. -Frecuencia de consumo de carne de res. -Horas de sueño diario, durante la noche. -Duración de una siesta -Importancia de la actividad física. -Frecuencia de actividad física. -Actividades de Ocio.		
		-PSICO-SOCIAL				

			-Relaciones sociales	-Participación en grupos y/o asociaciones.		
--	--	--	---------------------------------	--	--	--

Actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores.	Son las predisposiciones aprendidas a lo largo de la vida, que se manifiestan en predisposiciones favorables o desfavorables, que tiene toda persona de 60 años a más, hacia el cuidado de su propia salud.	-BIOLOGICA	-Cuidado de la Piel y Anexos -Cuidado Nutricional -Cuidado del Sueño	-Baños interdiarios. -Cortado de uñas. -Uso de cremas y/o protectores solares. -Consumo diario de agua. -Consumo diario de frutas y verduras. -Consumo diario de productos lácteos. -Consumo diario de pescado. -Sueño de 6 a 8 horas diarias, durante la noche.	Predisposición de aceptación, indiferencia o rechazo que tiene el adulto mayor para autocuidarse en la satisfacción de sus necesidades básicas.	-Actitud de aceptación. -Actitud de indiferencia. -Actitud de rechazo.
--	---	-------------------	---	---	---	--

		-PSICO- SOCIAL	-Cuidado del Sueño -Actividad física -Tiempo libre -Relaciones sociales	-Consumo de medicamentos para dormir, sin prescripción. -Práctica de actividad física en forma regular. -Salir a pasear. -Visitas a los amigos. -Participación en grupos y/o asociaciones. -Interacción con amigos y/o vecinos. -Participación en reuniones familiares.		
--	--	---------------------------	--	---	--	--

ANEXO B

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

n = Tamaño de la Muestra

N = Tamaño de la Población (180 adultos mayores)

z = 95% de Confianza = 1.96

p = Proporción de casos de la población que tienen las características que se desea estudiar: 50%=0.5

q = 1-p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés: 50%=0.5

i = Error relativo del 10%=0.1

FORMULA PARA TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 180 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2(180-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{172.8}{2.75}$$

$$n = 62.83$$

$$n = 63$$

El tamaño de muestra de adultos mayores para este estudio de investigación, son 63 adultos mayores.

ANEXO C INSTRUMENTO

ENCUESTA

Presentación

Estimado Sr. (a):
Buenas tardes, mi nombre es Dina Manrique soy estudiante de enfermería de la UNMSM. El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo conocer los conocimientos y actitudes acerca del autocuidado que tienen los adultos mayores de este Centro de Salud. Por lo que solicito su participación, a través de su respuesta valiosa e importante, expresándoles que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

Instrucciones

El presente instrumento, consta de preguntas que Ud. debe contestar sinceramente, señalando la respuesta que le parezca correcta.

Datos generales

1. ¿Cuántos años tiene?----- 2. Sexo: a. () F b. () M

3. ¿Qué grado de instrucción tiene?

- a. Sin instrucción
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

4. A continuación, se le realizará unas preguntas, a las que Ud. debe contestar (Escala de Pfeiffer)

- ✓ ¿Que día es hoy? (día, mes y año) -----
- ✓ ¿Que día de la semana es hoy? -----
- ✓ ¿Donde estamos ahora (lugar)? -----
- ✓ ¿Cuál es la dirección de su casa? -----
- ✓ ¿Cuántos años tiene? -----
- ✓ ¿En que día, mes y año nació? -----
- ✓ ¿Cómo se llama el Presidente del Perú? -----
- ✓ ¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Perú? -----
- ✓ ¿Cómo se llamaba (o se llama) su mamá? -----
- ✓ ¿Si a 20 le restamos 3 quedan? y si le restamos 3? -----

Total de aciertos :

Total de errores :

- IX

19. ¿Cuántas horas debe dormir un adulto mayor durante la noche?
- a. Dos a Cuatro horas.
 - b. Seis horas a Ocho horas.
 - c. Diez horas.
 - d. Otros (especifique) _____
20. ¿Cuánto tiempo, considera Ud. que debe durar una siesta (dormir durante el día)?
- a. Media hora.
 - b. Una hora.
 - c. Dos horas.
 - d. Otros (especifique) _____
21. ¿Qué actividades considera Ud. que un adulto mayor debe realizar durante su tiempo libre?
- a. Realizar manualidades.
 - b. Ver la televisión.
 - c. No hacer nada en especial.
 - d. Otros (especifique) _____
22. Ud, considera importante que un adulto mayor deba participar en talleres, asociaciones y/o otros grupos sociales.
- Sí () No ()
23. ¿Por qué?
- a. Fomenta la creación de nuevas amistades y se puede aprender.
 - b. Permite mantener el tiempo ocupado.
 - c. No importa, es un desperdicio de tiempo.
 - d. Otros (especifique) _____

II. ACTITUDES

Instrucciones

A continuación, se le presenta una serie de enunciados, que Ud. debe responder sinceramente, considerando las siguientes alternativas de respuesta.

Acuerdo (A)
Indiferente/no sabe/ en duda (I)
Desacuerdo (D)

Por ejemplo:

ENUNCIADO	A	I	D
Escuchar música en alto volumen es dañino para la audición.	X		

La respuesta indica que la persona esta totalmente de acuerdo con el enunciado señalado. Solo debe responder una de las alternativas.

ENUNCIADO	A	I	D
1. Es agradable, tener que bañarse interdiario.			
2. El adulto mayor puede cortarse las uñas de cualquier forma.			
3. Es beneficioso usar cremas y/o protectores solares.			
4. Es aburrido, estar tomando más de un litro de agua todos los días.			
5. Es desagradable consumir productos lácteos todos los días.			
6. Es agradable consumir frutas y verduras todos los días.			
7. Es bueno para la salud consumir pescado todos los días.			
8. Es aburrido realizar actividad física regularmente (por lo menos 30 minutos diarios).			
9. Es agradable dormir de seis horas a ocho horas diarias, durante la noche.			
10. Es peligroso tomar medicamentos para dormir, sin evaluación medica.			
11. Para los adultos mayores, es peligroso realizar actividad física (nadar, bailar, tai-chi).			
12. Durante el tiempo libre, es agradable salir a pasear.			
13. Es desagradable conversar con los vecinos y/o vecinos.			
14. Es agradable participar en grupos de talleres, baile, yoga y/o otros.			
15. Es aburrido, participar en reuniones familiares.			
16. Resulta cansado, salir de casa para visitar a los amigos.			

Muchas gracias, por su colaboración.

ANEXO D
ESCALA DE CALIFICACION

APRECIACION SOBRE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE
EL PROYECTO DE INVESTIGACION

Estimado(a)

Me dirijo a Ud. para saludarlo y solicitarle tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto, para lo cual le hago llegar un resumen del `proyecto como insumo para emitir su juicio.

A continuación se le presenta 7 criterios, los cuales permitirán obtener su apreciación del instrumento, siendo para el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los reajustes correspondientes. Por favor Colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

NO	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de investigación.			
2	Las instrucciones son claras y orientadoras para el desarrollo o aplicación del instrumento.			
3	Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio.			
4	La estructura del instrumento es adecuada en función a la operacionalización de la variable.			
5	El número de Ítems es adecuado.			
6	Los Ítems están redactados en forma clara y concisa y entendible a la población en estudio.			
7	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.			

SUGERENCIAS Y APORTES:

FIRMA

ANEXO E

ESCALA DE PFEIFFER

- ✓ ¿Que día es hoy? (día, mes y año) -----
- ✓ ¿Que día de la semana es hoy? -----
- ✓ ¿Donde estamos ahora (lugar)? -----
- ✓ ¿Cuál es la dirección de su casa? -----
- ✓ ¿Cuántos años tiene? -----
- ✓ ¿En que día, mes y año nació? -----
- ✓ ¿Cómo se llama el Presidente del Perú? -----
- ✓ ¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Perú? -----
- ✓ ¿Cómo se llamaba (o se llama) su mamá? -----
- ✓ ¿Si a 20 le restamos 3 quedan? y si le restamos 3? -----

Total de aciertos :

Total de errores :

Puntuación normal:.....0-2 errores

Deterioro cognitivo leve:3 - 4 errores.

Deterioro cognitivo moderado:5 - 7 errores. Patológico

Deterioro cognitivo importante:.....8 -10 errores. Patológico.

ANEXO F

TABLA DE CONCORDANCIA-PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
5	1	1	1	0	0	1	1	1	0.145 *
6	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

* Se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Si $P < 0.05$ la concordancia es **SIGNIFICATIVA**

Favorable = 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

$$P = \frac{\sum P}{7}$$

$$P = 0.231/7$$

$$P = 0.033$$

El resultado es menor de 0.5, por lo cual se afirma que el grado de concordancia del instrumento es significativo.

ANEXO G

MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES

ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

-Donde

DS : Desviación estándar

X : Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada sujeto

n : Numero total de sujetos

\bar{X} : Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

-Para realizar la medición de la variable nivel de conocimientos se procedió de la siguiente forma:

Promedio \bar{X} : 768/63=12.19

Hallando la desviación estándar : 2.64

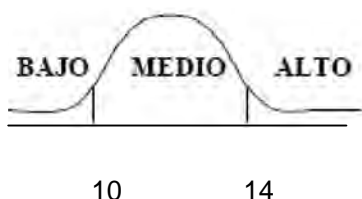
-Luego se aplica la escala de estanones donde.

a : 12.19 - (0.75) (2.64)

a : 10.21

b : 12.19 + (0.75) (2.64)

b : 14.17



ANEXO H
MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE
CONOCIMIENTOS SOBRE EL AUTOCUIDADO
SEGÚN DIMENSIÓN BIOLÓGICA

ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde

DS : Desviación estándar

X : Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada sujeto

n : Numero total de sujetos

\bar{X} : Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

-Para realizar la medición de la variable nivel de conocimientos se procedió de la siguiente forma:

Promedio \bar{X} : 620/63=9.84

Hallando la desviación estándar : 2.13

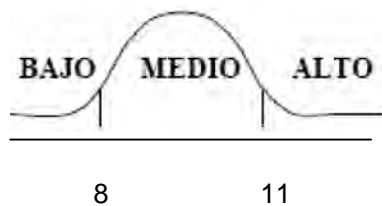
-Luego se aplica la escala de estanones donde.

a : 9.84 - (0.75) (2.13)

a : 8.24

b : 9.84 + (0.75) (2.13)

b : 11.44



ANEXO I
MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE
CONOCIMIENTOS SOBRE EL AUTOCUIDADO
SEGÚN DIMENSIÓN PSICOSOCIAL

ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde

DS : Desviación estándar

X : Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada sujeto

n : Numero total de sujetos

\bar{X} : Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

-Para realizar la medición de la variable nivel de conocimientos se procedió de la siguiente forma:

Promedio \bar{X} : 148/63=2.35

Hallando la desviación estándar : 0.90

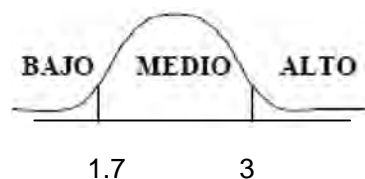
-Luego se aplica la escala de estanones donde.

a : 2.35 - (0.75) (0.90)

a : 1.675

b : 2.35 + (0.75) (0.90)

b : 3.025



ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES HACIA EL AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES

ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde

DS : Desviación estándar

X : Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada sujeto

n : Numero total de sujetos

\bar{X} : Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

-Para realizar la medición de la variable nivel de conocimientos se procedió de la siguiente forma:

Promedio \bar{X} : 2514/63=39.90

Hallando la desviación estándar : 3.92

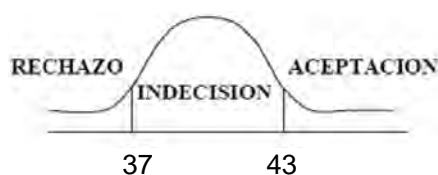
-Luego se aplica la escala de estanones donde.

a : 39.90 - (0.75) (3.92)

a : 36.96

b : 39.90 + (0.75) (3.92)

b : 42.84



ANEXO K
MEDICIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES
HACIA EL AUTOCUIDADO
SEGÚN DIMENSIÓN BIOLÓGICA

ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde

DS : Desviación estándar

X : Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada sujeto

n : Numero total de sujetos

\bar{X} : Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

-Para realizar la medición de la variable nivel de conocimientos se procedió de la siguiente forma:

Promedio \bar{X} : 1752/63=27.81

Hallando la desviación estándar : 2.64

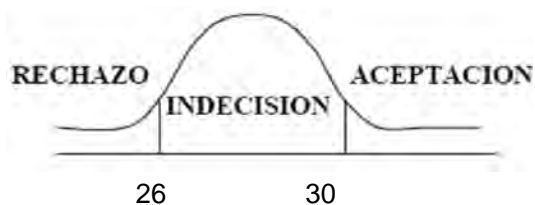
-Luego se aplica la escala de estanones donde.

a : 27.81 - (0.75) (2.64)

a : 25.83

b : 27.81 + (0.75) (2.64)

b : 29.79



ANEXO L
MEDICIÓN DE LA VARIABLE ACTITUDES
HACIA EL AUTOCUIDADO
SEGÚN DIMENSIÓN PSICOSOCIAL

ESCALA DE ESTANONES

$$DS = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

Donde

DS : Desviación estándar

X : Sumatoria de los puntajes obtenidos por cada sujeto

n : Numero total de sujetos

\bar{X} : Promedio obtenido de la suma de puntajes por sujeto

-Para realizar la medición de la variable nivel de conocimientos se procedió de la siguiente forma:

Promedio \bar{X} : 762/63=12.1

Hallando la desviación estándar : 2.34

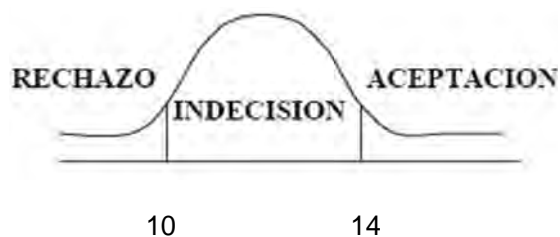
-Luego se aplica la escala de estanones donde.

a : 12.1 - (0.75) (2.34)

a : 10.345

b : 12.1 + (0.75) (2.34)

b : 13.855



ANEXO LL

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS COEFICIENTE DE CORRELACION R DE PEARSON: ITEM – TEST

Este coeficiente permitirá conocer la validez de cada ítem, como se muestra en el cuadro.

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Donde

n : Número de sujetos=10

x : Sumatoria de puntajes simples de la variable x

y : Sumatoria de los puntajes simples de la variable y

Se considera válido si $r > 0$ y mejor aún cuando r tiende a 1 ($-1 < r < 1$)

ESCALA DE LICKERT	
Ítem 1	= 0.06
Ítem 2	= 0.20
Ítem 3	= 0.37
Ítem 4	= 0.22
Ítem 5	= 0.03
Ítem 6	= 0.36
Ítem 7	= 0.47
Ítem 8	= 0.31
Ítem 9	= 0.04
Ítem 10	= 0.36
Ítem 11	= 0.06
Ítem 12	= 0.09
Ítem 13	= 0.19
Ítem 14	= 0.06
Ítem 15	= 0.05
Ítem 16	= 1

ENCUESTA	
Ítem 7	= 0.43
Ítem 8	= 0.11
Ítem 9	= 0.46
Ítem 10	= 0.32
Ítem 11	= 0.59
Ítem 12	= 0.35
Ítem 13	= 0.25
Ítem 14	= 0.02
Ítem 15	= 0.53
Ítem 16	= 0.12
Ítem 17	= 0.53
Ítem 18	= 0.51
Ítem 19	= 0.39
Ítem 20	= 0.30
Ítem 21	= 0.50
Ítem 22	= 0.82
Ítem 23	= 0.38
Ítem 24	= 0.65

Si $r > 0$ el instrumento es válido, por lo tanto estos instrumentos son válidos.

ANEXO M

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES

R DE KUDER – RICHARSON

$$r_{K-R} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum p_i q_i}{S_T^2} \right] \quad r \geq 0.5$$

El coeficiente Kuder-Richarson > 0.5 para que sea confiable

Donde

K : N° de preguntas o ítems

S_T^2 : Varianza de la prueba

p_i : Proporción de éxito, se identifica característica o atributo de estudio

q_i : 1- p_i proporción donde no se identifica el atributo

Reemplazando:

$$r_{K-R} = 18/17 (1 - 3.9/9.96)$$

$$r_{K-R} = 1.06 (1 - 0.39)$$

$$r_{K-R} = 1.06 (0.61)$$

$$r_{K-R} = \mathbf{0.65}$$

Por lo tanto el Instrumento es confiable.

ANEXO N

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE ACTITUDES HACIA EL AUTOCUIDADO QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES

DE CROMBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la fórmula de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

$$0 < \alpha < 1$$

Donde

K : Numero de ítems

Si² : Suma de la Varianza de cada ítem

St² : Varianza total

Reemplazando

$$= 16/15 (1 - 45.80/257.78)$$

$$= 1.07 (1 - 0.18)$$

$$= 1.05 (0.82)$$

$$= \mathbf{0.86}$$

Siendo $\alpha = 86$, representa que hay un 86 % de confiabilidad del instrumento.

ANEXO O
TABLA DE MATRIZ DE DATOS – NIVEL DE CONOCIMIENTOS

ÍTEMS (PREGUNTAS)																			
SUJETOS	P.06	P.07	P.08	P.09	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	P.19	P.20	P.21	P.22	P.23	TOTAL
1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12
2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	8
3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15
4	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	12
6	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	15
7	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9
8	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15
9	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	11
10	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
11	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	11
12	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11
13	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
14	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	13
15	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14
16	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8
17	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	15
18	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	8
19	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15
20	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	8
21	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	14
22	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13
23	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13

ÍTEMS (PREGUNTAS)																			
SUJETOS	P.06	P.07	P.08	P.09	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	P.19	P.20	P.21	P.22	P.23	TOTAL
24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
25	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	12
26	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	12
27	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	11
28	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	8
29	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	11
30	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	15
31	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	11
32	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	11
33	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
34	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
35	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7
36	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12
37	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	10
38	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16
39	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
40	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	11
41	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	15
42	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9
43	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15
44	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	12
45	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
46	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	11
47	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11
48	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
49	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	13
50	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14

51	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	8
52	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	15
53	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	7
54	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16
55	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	8
56	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	14
57	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13
58	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
59	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
60	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	13
61	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	12
62	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	11
63	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	8
PUNTAJE	47	45	23	15	42	45	52	45	34	62	47	43	40	51	29	53	54	41	768

Media Aritmética : 768/63=12.19

Desviación Estándar : 2,64

ANEXO P
TABLA DE MATRIZ DE DATOS – ACTITUDES

ÍTEMS (PREGUNTAS)																	
SUJETOS	P.01	P.02	P.03	P.04	P.05	P.06	P.07	P.08	P.09	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	TOTAL
1	1	1	3	1	3	3	3	1	3	3	2	1	2	2	1	1	31
2	1	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	1	3	37
3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	1	40
4	1	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	43
5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	42
6	1	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	43
7	1	1	3	1	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	37
8	2	1	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	37
9	3	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	43
10	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	3	1	3	39
11	3	2	3	1	3	3	3	1	3	3	2	1	1	1	3	2	35
12	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	1	40
13	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	43
14	3	1	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	39
15	1	2	3	1	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	1	1	33
16	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	35
17	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	42
18	1	1	1	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	1	3	2	34
19	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	45
20	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	44
21	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	45
22	1	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	42
23	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	40
24	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47

ÍTEMS (ENUNCIADOS)																	
SUJETOS	P.01	P.02	P.03	P.04	P.05	P.06	P.07	P.08	P.09	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	TOTAL
25	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	1	41
26	3	1	3	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	41
27	3	3	3	3	2	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	2	40
28	3	1	3	1	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2	37
29	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	40
30	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	42
31	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42
32	3	2	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	2	3	1	2	39
33	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	44
35	1	3	1	3	1	3	2	1	3	3	3	1	2	1	3	1	32
36	1	2	3	1	3	3	3	1	3	3	2	1	2	2	1	1	32
37	1	1	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	1	1	3	37
38	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	1	41
39	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	45
40	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	42
41	1	1	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	42
42	1	1	3	1	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	37
43	2	1	2	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	37
44	3	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	43
45	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	1	3	1	3	39
46	3	2	3	1	3	3	3	1	3	3	2	1	1	1	3	2	35
47	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	1	40
48	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	43
49	3	1	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	39

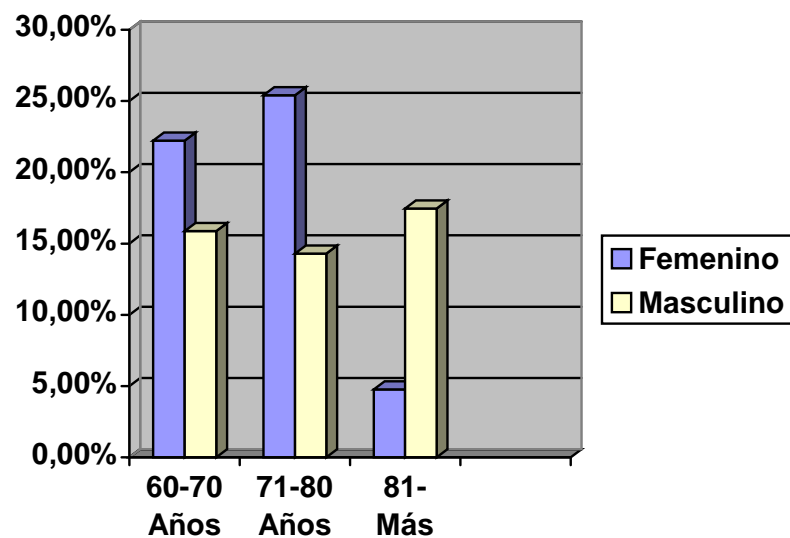
ÍTEMS (ENUNCIADOS)																	
SUJETOS	P.01	P.02	P.03	P.04	P.05	P.06	P.07	P.08	P.09	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	TOTAL
50	1	2	3	1	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	1	1	33
51	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	1	2	35
52	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1	42
53	1	1	1	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	1	3	2	34
54	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	45
55	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	44
56	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	44
57	1	3	3	3	2	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	41
58	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	40
59	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	45
60	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	1	41
61	3	1	3	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	41
62	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	2	41
63	3	1	3	1	1	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	2	35
PUNTAJE	146	119	173	156	150	178	170	139	173	185	163	161	153	159	153	136	2514

Media Aritmética : $2514/63=39.90$

Desviación Estándar : 3,92

ANEXO Q
RANGO DE EDADES SEGÚN SEXO
DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL
C.S. “CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA –PERU
2010

SEXO GRUPO DE EDADES	TOTAL		FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-70	24	38	14	22	10	16
71-80	25	40	16	25	9	14
81-+	14	22	3	5	11	18
TOTAL	63	100	33	52	30	48



Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO R
GRADO DE INSTRUCCION DE LOS ADULTOS
MAYORES USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA –PERU
2010

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
SIN INSTRUCCIÓN	7	11
PRIMARIA	33	53
SECUNDARIA	14	22
SUPERIOR	9	14
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO S
SITUACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS
MAYORES USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA –PERU
2010

SITUACIÓN FAMILIAR	Nº	%
VIVEN CON SU FAMILIA (PAREJA, NIETOS, HIJOS, ETC.)	31	49
SÓLO CON SU CÓNYUGE	12	19
SÓLO, TIENE HIJOS QUE VIVEN CERCA A ÉL (LA).	9	14
SÓLO, TIENE HIJOS QUE VIVEN EN OTROS DISTRITOS.	11	18
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO T

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
AUTOCUIDADO PARA LA SATISFACCIÓN DE
LAS NECESIDADES BÁSICAS QUE TIENEN LOS
ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA-PERU
2010**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Nº	%
ALTO	17	27
MEDIO	33	52
BAJO	13	21
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO U
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
AUTOCUIDADO PARA LA SATISFACCIÓN DE
LAS NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN DIMENSION
BIOLÓGICA QUE TIENEN LOS ADULTOS
MAYORES USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA-PERU
2010

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Nº	%
ALTO	19	30
MEDIO	25	40
BAJO	19	30
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO V
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL
AUTOCUIDADO PARA LA SATISFACCIÓN
DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
SEGÚN DIMENSION PSICOSOCIAL QUE
TIENEN LOS ADULTOS MAYORES
USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA-PERU
2010

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Nº	%
ALTO	37	59
MEDIO	14	22
BAJO	12	19
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja”. 2010

ANEXO W
ACTITUDES HACIA EL AUTOCUIDADO PARA
LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES
BÁSICAS QUE TIENEN LOS ADULTOS
MAYORES USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA-PERU
2010

ACTITUDES	Nº	%
ACEPTACIÓN	11	17
INDIFERENCIA	34	54
RECHAZO	18	29
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO X
ACTITUDES HACIA EL AUTOCUIDADO PARA
LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES
BÁSICAS SEGÚN DIMENSION BIOLÓGICA
QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES
USUARIOS DEL C.S.
“CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA-PERU
2010

ACTITUDES	Nº	%
ACEPTACIÓN	12	19
INDIFERENCIA	36	57
RECHAZO	15	24
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO Y

**ACTITUDES HACIA EL AUTOCUIDADO PARA LA
SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
SEGÚN DIMENSION PSICOSOCIAL QUE TIENEN
LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL
C.S. “CONDE DE LA VEGA BAJA”
LIMA-PERU
2010**

ACTITUDES	Nº	%
ACEPTACIÓN	16	25.40
INDIFERENCIA	36	57.14
RECHAZO	11	17.46
TOTAL	63	100.00

Fuente : Instrumento aplicado al Adulto mayor en el C.S. “Conde de la Vega Baja” 2010

ANEXO Z

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr (a), se le invita a participar en el estudio titulado “Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia el Autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los Adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja-2010” a través de una entrevista que se le realizará, y durará aproximadamente 20 minutos.

El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado que tienen los adultos mayores .

La participación es totalmente voluntaria y anónima, de modo que no es necesario que me diga su nombre, ni que se identifique de ninguna otra forma. Asimismo se le comunica que la información recibida será utilizada exclusivamente para el presente trabajo.

Si Ud, acepta participar, deberá responder a todas las preguntas que se le realizará, para evitar datos incompletos. Se le agradece de antemano su valiosa colaboración, en este estudio de investigación.

Atentamente,

Manrique Huanaco Dina
Autora